

حيرة طبيب نفسي

نهاية وبداية

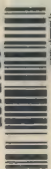


دكتور

يحيى الرخاوى

استاذ الطب النفسى المساعد بالقصر العيسى

مكتبة الإسكندرية
Bibliotheca Alexandrina



0217427

حيرة طبيب نفسي

منهاية وبداية

دكتور
بجيني الرخاوي
أستاذ الطب النفسي المساعد، قصر العيني

١٩٧٢

دار الفكر والثقافة والنشر
القاهرة ٤٧ شارع الفلكي

الاهل

« إلى زوجتي .. رفيقة الطريق

وأولادي ..

على الطريق،

بني

« كل مذهبين مختلفين إما أن يكون أحدهما
صادقا والآخر كاذبا ، وإما أن يكونا جميعا
كاذبين ، وإما أن يكونا جميعا يؤديان إلى معنى
واحد هو الحقيقة ، فإذا تحقق في البحث
وأُنعِمَ النظر ، ظهر الاتفاق وانتهى الخلاف »
ابن الميثم

مقدمة

أنا أعيش في حيرة منذ زمن طويل ، شأن أى إنسان يسمح لعقله بالعمل دون خوف ، إذ لم تنجح كل القيم للورثة ، والعالم المطبوع ، والإجاعة أحياناً ، أن يحولوا دون أن يظل التساؤل يلح على ، فأقبل الشيء وضده فترة من الزمان ، وبعد ذلك إما أن أرفضهما معاً ، أو أن يتفقا في كل جديد مثلما حدث .

وأنا كطبيب - وطبيب نفسى - أعرض حيرتى بأمانة ، وحذر مدركاً صعوبة الطريق : بأمانة لأن غير ذلك مستحيل ، وحذر حتى لا أفتح الباب أمام تهويض ما هو قائم قبل أن أقدم البديل ، والبديل هو « الثورة » بكل ما تحمله هذه الكلمة من معان ، فبالرغم من أن لها سمعة طيبة إلا أن لها كذلك وقعا خاصا .

وأول سؤال يتبادر إلى الذهن في هذا السبيل هو :

لماذا أ طرح قضية خاصة بالطب النفسى على القارىء غير المتخصص ، في حين أن القضية تبدو شديدة التخصص ، كما أنى لا بد سأعرض لمناقشة مفاهيم ومصطلحات قد تحوى تفاصيل كثيرة ومحيرة ؟

والإجابة صعبة تماماً ... وربما هى شخصية نوعاً ما ... وقد طرحت مثل هذا السؤال وناقشته في مقدمة كتابى الأول عن « حياتنا والطب النفسى » ، حيث حاولت أن أعقد صداقة بينى وبين القارىء ، وحين زادت حيرتى أخيراً ، وجدت أن خير من يسمع لى ويشاركنى هو القارىء الذى سعيث إلى صداقته منذ البداية ، ولقد وجدت أنى بذلك أحاول أن أكسر الحاجز الذى يحيط بالطبيب عامة

وبالطبيب النفسى على وجه الخصوص .. ووجدتني أقطع جر ١ من نفسى لأعرضه على القارىء بأمانة ، وأحمل كلماتى ما تستطيع أن تحمل من حب وصدق وأمل ، راجياً أن يصل بعض ذلك إلى عقل القارىء ووجدانه ، فيصاحبنى على الطريق أو يسمح لى بمصاحبتى ، ووجدتني قد عقدت صداقة مع القارىء يحق لى من خلالها أن أعرض عليه ما يعتل بداخلى هذه الأيام ، وقبل هذه الأيام ، حتى ولو كانت هناك تفاصيل تبدو بعيدة عنه لأول وهلة ... إلا أنى أراها أقرب إليه مما يتصور المختصون .

وفى تصورى أن القارىء غير المتخصص قد يقبل « ثورة » فى الطب النفسى لحاجته إليها ، فهو صاحب المصلحة الأول ، والأمر يهمه قبل أن يهم المختصين ، فإن المقاومة العنيفة التى تلقاها أية دعوة جديدة تأتى بادية ذى بدء من أقرب الناس إليها ، لأنهم ارتبطوا بمفاهيم ثابتة نظمت طريقة تفكيرهم ، ووضعت أجوبة لتساؤلاتهم .. ارتضوها على ما بها من نقص ، واحتما وراءها من مسئولية التفكير والمراجعة .. وربما لهم حق - أو لهم العذر - فى أضنى التفكير الحر والمراجعة ، وما أسهل التطبيق والمتابعة .

فاذا نجحت - برضى هذا الجزء من نفسى - أن أؤكد أواصر الصداقة التى سميت إليها جاهدأ من أول كتاب ظهر لى .. فقد قاربت هدفى ، وإذا لم أوفق فقد عرضت مشكلة أحيائها منذ زمن طويل .. بكل عنفها وقسوتها .. ثم إذا بى - فجأة هذه الأيام - أرى حلها أقرب مما تصورت .. مما قد يفتح آفاقاً جديدة فى التفكير والبحث ، على أنى أعترف أنه بالرغم من شعورى بهذا الجديد واختلافه عما قبله ، ورغم إحساسى ببعض التناقض مع ما كتبت قبلها إلا أنى كلما راجعت ما كتبت خلال سنوات وجدت فيه شيئاً مثل هذا الجديد الذى أعيشه الآن ،

وعموماً لم يخل مقال لى من بعض ملاحظه ، وأتمجب ، وكأن قلى يرصد إرهابات فكرى قبل ولادتها وقبل أن أدرى بها وأعيشها بهذا الوضوح .

والسؤال التالى مباشرة هو :

هل سأعلن قيام الثورة وخطتها مرة واحدة .. فى هذا المقام .. ودانخل هذا الحيز ؟

والإجابة بالنفى طبعاً ، فهذا مستحيل لأكثر من سبب ؛ فالأمر يحتاج إلى تقييم شامل للقديم ومقارنات ومعارضات وعرض حالات وتتبعها إلى آخر هذه القصة المطولة التى تستغرق عمراً بأكمله ، ولكنى هنا أحاول - بصراحة - أن استغل حسن نية القارئ ووقتته لأعرض تسلسل أفكارى التى اكتملت منذ وقت قصير ؛ والتى حسب حينذاك أنها ينبغي أن قال الآن ولو بفجائتها غير المنقحة ؛ لذلك فإنى سأكتفى بعرض المشاكل العظيمة التى نعيشها نحن الأطباء النفسين ونضانى منها الأمرين ؛ واعتند لصيغة الجمع ؛ ولكنى أؤكد ابتداء أن كل جهل أو قصور أو حيرة هى صفاتى الشخصية التى أدركها تمام الإدراك ، والتى لا أشرك فيها أحداً سواى من زملاء المهنة ، فليتفق معى منهم من يشاء فيما يحس بصادق شعوره .. أو ليرتكز الى النقص وحدى ، وأغلب الناس تحسب أن الأطباء النفسين قد وجدوا لكل مشكلة حلاً جاهزاً منفلاً بورق لامع يضىء الطريق ولا يخطئ ؛ فى حين أنهم يختارون فى معظم الأمور حيرة صادقة وعميقة ، ورغم ذلك فهم يحاولون فى كل لحظة .. رغم أنهم لا ينجحون فى كل مرة ، وقد كنت مع استاذى الدكتور عبد العزيز عسكر منذ بضعة أشهر أسام فى استشارة بشأن شاب من هذه المجموعة التى سأشير إليها مراراً فى الصفحات المقبلة ، وهى فئة الشباب المتفوق أشد التفوق ، الميذب أعظم الأدب ، التالى المهادىء المطيع ، الذى

يصل إلى سنة معينة من مراحل دراسته ، وبدون أى سبب ظاهر يبدأ فى التمرن فالتدهور ، وقال استاذى ونحن نزل الدرج من عند زميلنا الداعى إلى الاستشارة .
« ... ما أسخف كل هذا ... ولد ممتاز بهذا المستوى .. ينهار أمامنا هكذا ..
ونحن نجتمع وننفذ .. لا نستطيع أن نساعدك كما ينبغي .. إنه لمار على فرعنا أن يقف مكتوف اليدين أمام هذه المشكلة » - واحترمت هذه البذور الثورية التى .
ما زال استاذى ينثرها فى شباب على الأجيال التالية ، يثيرهم حتى يروعها لعلها تنبت الحل ، وكان هو أول من علمنى الثورة ، أو قل كان أول من حافظ على الثورة فى لأنه لم يحاول قمعها ، وقلت له « للأسف نعم ... فاقى أكاد أقارن بين هذه الحالة بعينها .. وأول حالة وصف فيها مرض القصاص سنة ١٨٦٠ حيث وصفه الطبيب النفسى البلجيكى موريل Morel فى طالب يبلغ من العمر أربعة عشر عاماً - كان الأول فى امتحاناته دون بذل مجهود كاف .. أو بدقة أكثر دون استذكار .. وبدون أن يشعر بدأ يفقد بهجته وأصبح حالماً ساهماً .. يميل إلى الانطواء ، وقد أظهر هذا الشاب حالة من الاكتئاب والكرهية نحو والده .. وصلت إلى درجة التفكير فى قتله ؛ وابتدأ الصغير يفقد كل ما تعلم بالتدريج ؛ وبدأت على قدراته العقلية حالة توقف مزعج فبدأ كسولاً يملؤه القباء - بديلاً عن التوقد الذكى الحاد والنشاط السابقين ؛ وحين قمت بفحصه خيل إلى أنه فى طريقه إلى حالة من التدهور للعقل لدرجة فيها » .

ما أشبه الليلة بالبارحة كما يقولون .. منذ أكثر من مائة سنة وعشر يصف موريل هذه الحالة بهذه الدقة ، ومازلنا نراها هى هى ، ونجتمع فى « كونسلتو » لصوبتها ، وتبادل الآراء ، ونكتب دواء يفيد أحياناً فى أول المرض .. ولا يفيد كثيراً إذا تأخرت الحالة .. وهى عادة ما تصل متأخرة لبدايتها التدريجية الخفية ، ثم نتصرف غير آملين ، ويلقى استاذى بعد

خبرة تقارب الأربعين عاماً في مجال الطب النفسي هذا التساؤل الثوري ، ويعلق بأنه « عار علينا كل ذلك .. » نعم .. إنه لكذلك .

أى حيرة نعيشها جميعاً :

وبرغم تقدم الطب الدوائى والعلاج النفسى وغيرها ، فازلنا نقف أمام علامات استفهام نجعلنا نتألم ربما أكثر من المريض وأهله .. وقد سمعت زملاء صغاراً لم يسيروا شوطاً طويلاً فى هذا الطريق بعد ، يثيرون قائلين «إنه لا يمكن أن تستمر الحال هكذا ، لابد من حل.... وإلا..» ، وكنت أفهم أنهم يشيرون إلى التحول عن هذا القرع من الطب إلى فرع أكثر تحديداً وأقل ألغازاً .

ولكن ..

إذا عرض الأمر هكذا على القارىء العادى ، ألا يهز ذلك معتقداته فى الطب النفسى والعلوم النفسية التى نالت من الدعاية والترويج أكبر كثيراً من درجة فضجها ؟ ألا يعرى ذلك الأطباء النفسيين أمام المرضى والناس بصفة عامة ، وهم فى أشد الحاجة إليهم رغم كل شئ ؟ ألا يضعف ذلك من الثقة بهم وبما يلقونه من تعليقات أو عقاير أو نصائح ؟ أليس فى ذلك من الضرر أكثر مما فيه من النفع ؟

ولكن لا...

الأمانة والصدق - مع الناس عامة ومع الأصدقاء - المرضى وغير المرضى - خاصة ، هى أقرب الطرق للوصول إلى الحقيقة ، رغم ما يصاحبها من مرارة وألم .

على أنه ينبغى أن يؤخذ الأمر بحذر كما فهمت منذ البداية ، فإذا أنا قلت أن تشخيص الأمراض النفسية ليس حاسماً ، فهذا لا يعنى أنه ليس هناك تشخيص

أو بديل عن التشخيص ، وإنما يعنى أننا نسعى إلى وضع أفضل نستطيع فيه أن نسمى الأشياء بأسماء أفضل وأدق .

وإذا أنا قلت أن علاج الأمراض النفسية ليس نوعياً في أغلب الأحوال ، وأن معظم الأطباء النفسيين وغير النفسيين يعطون الدواء دون معرفة مكان وطريقة عمله بالتفصيل ، فإن ذلك لا يعنى أنه لا داعى لصعاطى هذه الأدوية حتى نعرف طبيعة عملها ، إذ يكفي أن نعرف تأثيرها وفعاليتها ، الأمر الذى يتيح الفرصة لما لا يقل عن سبعين أو ثمانين فى المائة من المرضى النفسيين لدرجة من التحسن تخفى أعراضهم وتعيدهم للحياة يكلون الطريق ، أما تسير لماذا تحسنوا فليات وقما يأتى ، فهذا هو الطب منذ مبدأ التاريخ ، ولا يمكن أن نسمح لأنفسنا أن نترك المريض يعانى لمجرد جهلنا بالتفاصيل ، ولا يمكن أن نشجع المريض على أن يقاوم العلاج لأن العلم قاصر ، فإن إمكانيات اليوم أفضل ألفمرة من إمكانيات الأمس ، وسوف يتقدم العلم باستمرار ، وسوف يظل قاصراً باستمرار ، هذه هى طبيعة الأشياء .

ولكن عرض موقف الطب النفسى والصعوبات التى يعيشها فى هذا العصر إنما يجعلنا أكثر صدقاً مع أنفسنا ، وبحول بيننا وبين التراخى أمام المشكلات الحادة للتراكم ، ويبرر الحاجة إلى ثورة شاملة نحو علم أكثر تناسقاً وثباتاً ، وهو فى نفس الوقت يخفف - مرحلياً - من غلواء الناس فى التعلق بألفاظ شائعة ، ولا فتات ثابتة ، ويهربون تحتها إلى دعة المرض ، وينتظرون الطب الحديث وكأنه السحر العلى الذى يخفف الآلام ويحل الصراع بملقة قبل الأكل أو قرص قبل النوم ، وهو أخيراً يحس فريقاً من الأطباء النفسيين ألا يحتموا وراء ما هو قائم من تقاسيم ومفاهيم ، ظانين أنه ليس فى الإمكان أبداً عما كان وأن كل ما عليهم

أن يتبعوا الصف في نظام ، بل عليهم أن يحاولوا أن يذيبوا الجليد ويحطموا الأصنام ليصلوا إلى الحقيقة .

* * *

وقد لا يهم القارئ كيف بدأ الموضوع وكيف تطور ، ولكن ألا يمكن أن يكون في هذا العرض التاريخي جانب آخر ؟ كأن يرى مثلاً معاناة طبيب نفسى في ممارسته لمهنته ، وفي تطور فكره ، في حين أنه يحسب الطبيب النفسى خلى البال بالغ الاستقرار والسوداء ، ألا يمكن أن يرى من خلال ذلك كله الطبيب النفسى وهو يمارس إنسانيته في حيرة إنسان العصر الحاضر ، وهو يريد أن يكون الند أحسن ، والعلم أنفع ، والجداع أقل ؟

الفصل الأول

حيرة بين الصحة والمرض

ما هي الصحة النفسية

« إن الشخص السوي الكامل لم يخلق
به... ولكن يغاس الرجل المائل بالقدر !
الأكثر والقدر الأقل ، فإذا كان القصر
الأكثر فيه هو قدر العقل وقدر الجنون
هو الأقل فيتجه هذا الرجل عاقلا والمكس
صحيح »

أبو الحيان البصري

(من رواية .. عن « نزيل » بمشقة عقل)

من هو السليم ومن هو المريض نفسياً ؟

كانت هذه أول مشكلة تواجهني في ممارستي للطب النفسي ، وقد حسبت أول الأمر أنها مشكلة خاصة ، لأنني لم أقتنع بكل ما قيل من مقاييس ، وظلت هذه المشكلة تؤرقني طوال هذه السنين حتى اهتمت إلى حلها بتنويع الصحة وتصنيفها وعدم قبول مستوى واحد أو مفهوم واحد لها ، وقد مرت علىّ قبل ظهور هذه الفكرة مراحل متعددة سوف أذكر بعضها موجزاً في عرض حيرتي ، وقد كانت آخر هذه المراحل أني ألحقت بحقي عن الصحة النفسية بآخر هذا الكتاب ، فليقرأ من شاء ، وليكتف برؤية حيرتي - هنا - إزاء هذه المشكلة من يريد ، وقد وعدت أن يكون هذا الكتاب لنير المتخصص ، ولكنني أيقنت بعد قراءة البحث كاملاً أنه قد يفيد قارئ هذا الكتاب فضلاً .. لذلك طُني اعتذر ابتداءً إن بدا الملحق منهجياً أو معقداً ...

إن حيرتي إزاء هذا السؤال عن الفرق بين الصحة والمرض قديمة جداً بدأت معي منذ بدء اشتغالي بهذا الفرع ، ولكنني كنت من قبل أن أصبح طبيباً - اعتبر الحرب جنوباً صريحاً ، في حين أصحاب بعض الذين يقولون عنهم « مجانين » وأفهمهم وأحترمهم أكثر من العقلاء « المرسومين » على مكائهم أو وراء نياشينهم . وكان انتقال رؤيتي بين هؤلاء وأولئك يزعجني جداً ، فأكاد أقلب الوضع وأسمي العاقل مجنوناً والمجنون عاقلاً ، غير أن عقلي الطبي المحترم أخذ يحاول أن يهديني ويثبت قدمي ، لأعود إلى المقاييس التي لم تقنعني أبداً .

المرض السرّي الشروع :

وفي حماس الشباب تلفتُ حولي لأرى البنات اللاتي يغمى عليهن في كل البيوت

وكل الأفلام ، يارسون هستريا «مشروعة» ، ورأيت كأن أشد الأمراض، وهو القمام، منتشرأ في الحياة العامة انتشارأ مذهلا حتى أنى كتبت أول مقال ظهر لى سنة ١٩٦٤ عن هذا الموضوع فى عددن متالين من مجلة الصحة النفسية تحت عنوان « القمام فى الحياة العامة » ، وكنت أنوى أن استمر فى هذه السلسلة أ كشف اللثام عن سائر الأمراض النفسية للنتشرة بيننا «فى السر» ، فأكتب عن «الهستريا فى الحياة العامة» ، و «الاكتئاب فى الحياة العامة» إلى آخر تصانيف الأمراض ، ولكنى لم أتماد فى ذلك حيث أدركت أنى وقعت فى المحذور الذى يقع فيه كثير من الأطباء النفسين بالرغم منهم حين يرون الأمراض النفسية منتشرة انتشارأ هائلا بين الناس ، ولكنها تأخذ مشروعية غريبة لمجرد تماسك صاحبها و « تكفيه » ، ورفضت أن نطلق الأسماء على المرضى دون هؤلاء الأشد خطراً الذين يارسون مرضهم خارج الأسوار بصورة سرية ومشروعة فى ذات الوقت ، إلا أنى انتبهت مبكراً إلى ما انزلت إليه ، وتوقفت ، وعدلت عن هذه الفكرة تماماً حين وجدت أننى قد أهر كثيرأ من القيم السائدة والتصرفات المألوفة دون بديل ، وحين تطور فكرى أصبحت أرفض تسمية الصديق المريض اسما تشخيصيا معينا ، فما بالك بالناس فى بيوتهم ، وهكذا حققت العدل مع نفسى ومع أصدقائى المرضى ، فإما أن نسى كل الناس هذه الأسماء بما فيهم المرضى ، وإما أن نكف عن استعمال هذه الأختام على كل الناس بما فيهم المرضى (وكل ذلك سيأتى قصيلا عند حديثى عن مشكلة التشخيص) .

ولكنى أجد نفسى أقدم بعض مقتطفات من هذين المقالين حتى يعرف القارئ أننا إذا سمحنا لأنفسنا باستعمال مقاييس الأعراض فحسب بديل ومساواة ، فإنه يمكن أن نجد فى الحياة العامة ما نجده بين المرضى ... وزيادة ، وكان هذا مما حيرنى دائما .

قلت في هذين المقالين :

« ... إذاً فإننا نحاول أن نقول أن مرض القصاص - المرض النفسى الخطير أو العقلى الشديد - يوجد فى الحياة العامة كما يوجد فى مستشفيات الأمراض العقلية والعيادات النفسية سواء بسواء ، إن لم يزد عدداً ويشدد خطراً ، وذلك لأن وجوده فى الحياة العامة فى تلك الصورة اللتوية ، هو أشد وأخطر على المجتمع وذلك لعدم اعتبار هذه أمراضاً تستأهل الوقوف عندها والتأمل فيها وإدراك ماهيتها وسبر غورها ، ومن ثم علاجها ووقاية حامليها ومعاشرتهم من خطرها .

ثم قلت :

« ... وهناك عرض عام يشمل كل نواحى الشخصية عند المريض القصاصى ، ذلك العرض الذى يمكن ان نطلق عليه اسم « الذاتية المطلقة » (أو إذا شئنا الترجمة الحرفية « التشخصن » Personalisation) حيث لا يعنى المريض بحال من الأحوال إلا بما يهم ذاته بل وإنه ليصنع كل ما حوله بهذه (الصفة) الشخصية حتى لا يصبح للأشياء .. والناس .. قيم موضوعية أصلاً ، وإنما تصبح المعانى والقيم هى مدى علاقتها بالمريض شعراً أو ضرراً أو إهمالاً ، ومن هنا يمكن تفسير الانطواء وأحلام اليقظة وتبدل الشعور : فالانطواء عجز عن التكيف الموضوعى ، وتبدل الشعور هو عدم القدرة على منح عواطفه لأى أحد سوى نفسه ، وأحلام اليقظة هى تفكير يحقق للذات رغبة شخصية بأيسر السبل دون أدنى عناء ، بل إن الظاهرة التى سميت « فقدان النفس » والتى تعنى أن المريض لا يدرك الحد الفاصل بين شخصه وبين ما حوله ، فلا يتعرف على نفسه ككيان قائم بذاته وسط عالم من الناس والأشياء - هذه الظاهرة التى حاولوا تفسيرها

بقدر الإرادة والقدرة على التحديد ، أعتقد أنها تعنى احتواء العالم وليس فقدان الذات ، بمعنى أن العالم أصبح جزءاً من نفسه فلا حدود بينهما ، وليس أن نفسه أصبحت جزءاً من العالم فاندمت القواصل » .
ثم أوردت بعض الأمثلة التطبيقية في المجالات المختلفة :

أولاً : في مجال الأسرة

١ - الأب القاسى ... الذى تمثل ذاته وتبلد شعوره فى قسوته التى تبلغ حدّاً مفرعاً ... وقد تصل هذه الذاتية بهؤلاء الآباء درجة تسمح لهم بأن يمتنوا على بنينهم كل ما يمنعونهم - أو ما منحوم - حتى للمأكل والمشرب والمأوى ... وعادة ما يصور ذلك الأب نفسه بصورة البطل المضحي المتفانى الذى لا يهدف إلا إلى قويم القاسد والذود عن الأخلاق .

وهو يتبنى لأولاده الخير ما داموا جزءاً من ذاته ، فإذا ما انفصلوا عنه لم يعد يتمتع لهم ذلك ، بل ربما تمنى لهم الشر ... فإذا استقل أحدهم عنه وأصاب نجاحاً ما ، عيره بأن نجاحه هذا (أيضاً) فضل منه (رغم اختلافهما) ذلك لأنه حمّله صفيات (كروموزومات) النجاح (بالوراثة) .

٢ - الأم أو الزوجة السلبية : التى تتصف بالطاعة العمياء فلا تعصى لزوجها أو حتى بنينا أمراً ، وقد كانت هذه الصفة القديمة من الصفات الحيدة ، ولكنها قد تصل إلى إلتواء كيان الزوجة أصلاً فتفقد معالم نفسها ويشل تفكيرها ، بل وقد تتصف أفعالها بالأسلوبية (الآلية الحركية) حيث تقوم بدورها فى المنزل بطريقة آلية رتيبة قد لا تتغير على مر السنين ، ونكون علاقتها بأبنائها مثل علاقتها برجلها (سلبية تماماً) أو هى تحتويهم فيكون تعلقها بهم مرضياً ، وعادة لا يكون لها أى

اتصال بالمجتمع فهي بذلك تصنف بالانزواء ، فالأعراض شبه القصامية هنا هي :
السلبية والطاعة الآلية وقر التفكير وقدان الذات والأسلوبية .

ولعل هذا الحديث يدفننا إلى تفسير ما ذهب إليه البعض من غلبة حدوث
القصاص بين الرجال عنه بين النساء ، وفي الحقيقة أن الأمر قد يكون غير ذلك ،
إذ أن النسبة التي يتحدث عنها هؤلاء هي نسبة المرضى الذين يرونهم ، وليست
نسبة المرضى في المجتمع الأوسع ، إذ أن السيدة التي تعيش في كنف زوجها سلبية
طبعة طاعة عمياء لا إرادة لها ولا حول ولا قوة ، لا تعرض عادة إلى ضغوط
المجتمع الخارجية ، وبالتالي لن تضطر أن تنهار تنهارا حادا مثلنا يستتبع عرضها
على الإخصائي (ومن ثم الإحصائي) .

٣ - - الطفل أو (الشاب) المثالي : . . . الهادئ الخجول الذي ليس له من
شقاوة الأطفال نصيب ، والذي نسمع تعليقات زائرات أمه عنه أنه : « اسم الله عليه
وعلى حوالبه ، قاعد بيننا زى واحد كبير ، يارب عيالنا يبقوا في هداوته ... الخ »
هذا الطفل (أو الشاب) إذا تطورت حالته فزاد انطواء ، وإذا تجسست طاعته
فأصبحت آلية عمياء ، وإذا عنفت مثاليته فوسعت الشقة بينه وبين الواقع ، لن
يعود أن يصبح ذا شخصية شبه قصامية أو أن يكون صورة محورة من القصاص
ذاته ... ، ويتصف هذا الطفل أو الشاب - رغم مثاليته - بالذاتية المطلقة حتى أن
هذا العالم لا يعنى عنده إلا ما يتعلق بشخصه ، وقد حكى لى أحدهم أنه بينما كان
في رحلة مع زملاء له ، إذا بأحدهم يقع من شاهق فيندفع الجميع إلى روثته ، وكان قد
لفظ أنفاسه أو كاد ، وإذا بهم يستعبرون « منديله » - منديل محدث - ليضفطوا به
موضع التزيف ، وإذا به فجأة يضبط نفسه وسط هذه المأساة لا يفكر إلا في مدى ما
سوف يهيب منديله من قذارة ، وعما إذا كان من السهل إزالة الدم منه أم لا ؟ فهو

لم يأخذ من كل هذا الموقف - رغم خطورته - إلا ما يتعلق بشخصه - رغم قاهته - وهو متدليه ، وكانت هذه الحادثة وحدها هي السبب الذي دفعه إلى عرض نفسه على أخصائى .

٤ - الزوج النور : ذلك الزوج الذى يقتله الشعور بالنقص ، ويتبع ذلك الشكوك المضيئة إلى ليس لها ما يبررها ، والتي قد تكون ضلالات تشككية لا يمكن تصحيحها - هذا الزوج قد يبلغ من تبدل شعوره وقسوته أن يحجر على كل تصرفات زوجته ، وأن يشك فى كل أفعالها وأن يحبسها داخل سجن رهيب متصورا بذلك أنه يدافع عن العفة ويحميها من شيطانها ... وأحيانا يصل به الحال أن تمتد شكوكه إلى أبنائه ، وقد يتصور أنهم على علاقة بأمهم أو بعضهم ببعض ، وقد يشك حتى فى أمه وفى صحة نسبه ، وقد يخفى هذه الشكوك - بكائه - فلا يصرح بها إلا حيث يعلم أنه سيفرضها فرضا وأنه لا مجال لمناقشتها فيها ، ورغم خطورة هذه الأعراض فإن هذا الزوج عادة ما يوجد فى الحياة العامة دون العيادات النفسية أو مستشفى الأمراض العقلية وذلك لأنه لا يعتبر نفسه مريضا ولأن من حوله لا يجرءون لا على إقناعه بذلك ولا على إرغامه على الذهاب للطبيب .

ثانيا : فى مجال العمل :

... وهنا يخلق بنا أن نتساءل : هل القصاصى هو الذى يفقد الإرادة ويفقد القدرة على الإنتاج ، وتبعد الشقة بين أحلامه وآلامه ... وبين إنتاجه القملى ؟ أم أن القصاصى هو الذى يتحوصل على نفسه ويحتوى العمل كجزء من كيانه يحقق به ذاته فيستغرق فيه بلا هوادة ، وقد يصل فيه إلى مكاسب حقيقية لا سيما إذا صاحب ذلك « متابرة الهروب .. » أى أنه يهرب من المجتمع وضغوطه

بالمثابرة على عمله والانهماك فيه ، هل القصاصى هو هذا أم ذاك ؟ أم أنهما وجهان
لصورة واحدة ؟ الحقيقة أنهما وجهان لصورة واحدة . والدليل على ذلك أننا كثيرا
ما نرى القصاص فى صورته الأولى (عدم القدرة على الإنتاج والزوال والاستغراق
فى أحلام اليقظة) يحدث عادة فيمن كانوا أوائل فى دراستهم أو مبرزين فى عملهم
بل ربما نوايغ عصرهم ، أى أن العملية مجرد اتصال من صورة إلى صورة ،
وهذا يفسر فى كثير من الأحيان الوهم الشائع بين العامة أن كثرة العمل تؤدي
إلى الانهيار ، وحقيقة الأمر أن كثرة العمل تكون صورة هرويسة وتوضيحية
للمرض الخفى ، الذى متى نجح فى الظهور مؤخرا ، جاء بعد فترة من الإرهاق ،
والاستغراق فى العمل ، وكأنه نتيجة له ، ولكنه فى الحقيقة سبب هذا الاستغراق .

... وهنا يثار سؤال جديد :

أليس لاضطراب التفكير القصاصى دور هدام على التفكير المنتج ؟ ألا يكون
حائلا دون العمل والإنتاج ؟ والإجابة على ذلك أن الذى يستطيع احتواء عمله
أو «دراسته» داخل ذاته ، فإنه يتوقع فى حوصلته ، ويصبح العمل جزءا من
نفسه وليس تابعا لغيره ، فينتج بغير حساب ، وكأنه ينمى جزءا صحيحا من تفكيره
على حساب جزء مريض والاثنان يخدمان ذاته ، وذاته فقط ، وهذا يفسر كثيرا
من دارج القول « الى يشوفه فى شغله .. مايشوفهش فى بيته » ... وذلك لأنه
احتوى العمل فأصبح جزءا من نفسه ، أما ذروه فقد أصبحوا يمثلون المجتمع الذى
عجز عن أن يتكيف معه ، لأنه عجز عن أن يحتويه .

... والقصاص فى صورته المحورة — بصفة عامة — يدفع بصاحبه إلى امتحان
مهنة خاصة بعيدا عن المجتمع ، لا يضطر فيها إلى الاعتماد على غيره أو الاحتكاك به ،
فنجده بين أكادس الكتب أمينا لمكتبة ، أو بين قوارير صامته عالما فى معمل

خاص ، أو بين موسوعات المراجع محققا للتاريخ .. أو غير ذلك من الصور ، وفي مجال الطب مثلاً نجد بين أطباء المعامل ، وأحياناً بين الجراحين الذين قد يتصفون بالقسوة البالغة حتى يرضوا نزعاتهم العدوانية وسيطرتهم على الطبيعة ومن ثم على مرضهم ، وأحياناً بين أطباء الأمراض النفسية - الأمر الذي ينبغي الانتباه إليه في انتقاء المشتغلين بالفروع المختلفة ، ففي الجراحة يجب أن يخشى من مثل هذا الطبيب الفدى قد لا تتوقف ميوله العدوانية عند حد استعمال المشروط لما هو مهياً له ، بل قد تعداها إلى التجارب غير الإنسانية في أجساد البشر الخدرين ، وفي الأمراض النفسية ينبغي أن تبعد الحالات الشديدة ، التي لا يرجى لها براء تام ، عن هذا المجال ، حتى لا يسقط الطبيب ما بنفسه على مرضاه ، وحتى لا يهتمهم بفقدان للمشاركة الوجدانية في حين أن العجز قد يكون في تبلد شعوره هو .

ثالثاً : في مجال الأدب والفن :

(وكفت أتصور أن تقييم مظاهر الأشياء وصفيًا يسمح لي بأن أسمى مظاهر الخلق بأسماء الأعراض ، ويحد القارىء بعض ذلك في الفصل الأول في نظراتي في الأدب في كتابي « حياتنا والطب النفسي » رغم أنني حاولت أن أخفف من غلوئي في التسميات التشخيصية ، ولكنني تركت أغلبه كما هو ، تسجيلاً لمرحلة تفكيرى هذه التي جعلتني أقول :) .

لعل مظاهر القصص في الفن تعتبر من أظهر صوره ... - هذه الصورة الواضحة هي التي أطلقوا عليها فن اللامعقول - أو أدب اللامعقول - فيها كل أعراض القصص من فقد الترابط وانطلاق اللاوعي بلا تحوير ولا تطوير ، ليعبر عن نفسه كما هو : فجأ بكرة غير منظم ولا متناسق ولا محدد للعالم ، تختلط فيه الأمور والأشكال والتعبيرات - صوراً أو ألفاظاً - ... وذلك الفن الذي لا يتقيد بالواقع وحدوده ، ولا يمكن الاتفاق على معنى معين له ، بل كثيراً ما يمثل مادة خاماً يسقط عليها كل مشاهد ومستمتع ما يراه هو مما يحمله داخل نفسه !!

رابعاً : في مجال السياسة :

وتتمثل مظاهر القصاص في مجال السياسة في شواذ السياسيين وتجارب الحروب وقطعان الشباب القاضى .

(وقد تحدثت في المقال عن هتلر ، ولكنى أكتفى باقتطاف حالة من الشرق لأن الحديث عن هتلر يحتاج في نظرى الآن إلى تفصيل أكبر ، قلت :)

« والمثال الحديث في شرقنا القريب... هو حالة « عبد الكريم قاسم » الذى كان يتصف بالفردية والظلم كما كان يشكو صراحة من الأرق المزمع ويدعى أن ذلك سهر على مصالح الشعب، وقد تذبذبت تصرفاته دائماً بين التقيض والتقيض وانطلق خياله في مجالات أحلام اليقظة دون أن يصحب ذلك أى عمل جدى لتحقيق هذه الأحلام ، ومثال ذلك حديثه عن الاستيلاء على فلسطين المحتلة (!) في أيام قليلة ، وكان مظهر فقدان الشعور لديه تلك التسوية المجنونة التى استخدمها في التنكيل بأعدائه وأصدقائه على السواء إلى حد القتل والسحل ، ثم ميوله التوسعية الوهمية التى لا تتفق مع روح العصر وطبيعة الأشياء ، وذلك في إعلان غزو دولة الكويت ، ولعل فرديته وانطوائه هما اللذان حالاً بينه وبين الزواج ، شأنه في ذلك شأن كثير من القصاصيين الذين يحجبون عن الزواج لعدم قدرتهم على منح حبهم لأحد سوى ذواتهم . »

وختمت المقال قائلاً :

« وما قصدت أن أوضحه هو أنه ليس كل الأمراض النفسية والعقلية هي التى تقابلها في المجتمع الصغير: العيادة النفسية والمستشفى العقلى قط ، بل إن كثيراً منها يعيش في المجتمع الأوسع ، وما دامت هذه الأثرية تعيش في حالة تعويض

كامل وتحقق لنفسها ولن حولها بجراحاً وانتاجاً (مهما كانت نوعيته) فإن البحث فيها وتقليب أعراضها المرضية يصبح عبئاً لا يأتيه إلا سفيه أو جاهل ، أما إذا أضر القصاصى من حوله ، وجعل التبرير ديدنه ، وتسلمت ذاتيته على المجتمع دون أن يلجأ إلى استشارة طبيب ، فإن تبصرة الناس بطبيعة هذا الشذوذ تجعلهم يعملون على اتقائه ، وذلك باستشارة طبيب وتهيئة الظروف للعلاج . وبهذا تزداد فرصته فى الشفاء نظراً للتبكير فى التشخيص والعلاج .

* * *

بين ثورة الشباب .. وتعقل الأطباء :

هكذا كتبت فى حماس الشباب ، ثم هدأت فى تعقل الأطباء ، ثم ثرت مرة أخرى لأحطم صنم التشخيصات جميعاً سواء فى العيادة النفسية والمستشفى أو فى الحياة العامة ، فلم أكن أقبل فى أول جياتى المهنية أن اسمى الذين يحضرون للعلاج مرضى فصامين - مثلاً - فى حين ترك الآخرين فى الحياة العامة ، وربما هم أشد خطراً - دون تسمية ، فلما أن تسميهم جميعاً ، أو نطلق سراحيهم جميعاً . . مهما يحدث ؟ وهذا ما سأحدث عنه بعد ذلك بالتفصيل ، أما ما يعينى هنا فهو أن التفرقة بين الصحة والمرض كانت صعبة علىّ تماماً منذ البداية .

* * *

حين تصبح الاهتزازة نبضة :

كانت التفرقة صعبة ، وكانت أصعب ما تكون حين أقابل فناناً خالقاً فى أزمة مع نفسه ، وأبحث عن الحد الفاصل فلا أجده ، وكان فضل الفنان المرحوم كمال خليفة علىّ فضلاً ما زال يهزنى من الأعماق ، فقد صاحبتة فى أزمته عدة سنوات

وتعلمت منه ما لم أتعلمه في كتاب أو من استاذ ، ونساء لب بد أن شفى - وقبل أن يشفى - أين أضعه بين السواء والمرض ، ولكنه هداى أثناء بعض مناقشاتنا معبراً عن الشفاء إلى أنه « قد أصبحت الاهتزازة نبضة » وعرفت أن الفرق بين السواء والمرض ليس فرق درجة أو تماثل مع الآخرين ، وإنما هو فرق فاعلية وقوة حياة ، فالنبضة مثل ضربة القلب تدفع الدم إلى الشرايين وتحافظ على الحياة ، والاهتزازة أو الرعشة مثل تذبذب شعيرات عضلات القلب **Fibrillation** فلا انقباض ولا حياة .. إلا أن ألقاظاً مثل « الحياة ، والاقباض ، والعمل ، والسعادة ، والرضا » تحتاج إلى توضيح وتحديد حتى نستطيع فهم هذه المشكلة ، فإذا قلنا أن العمل للحياة والصحة فإن الناس تفترق كأفراد وكجماعات على معنى الحياة ، وإذا قلنا أن العمل وحده لا يكفي وإنما لابد من وجود الرضا والتكيف معه (راجع الملحق إذا شئت) فإن مجرماً مثل الخط « يرحمه الله » يتكيف مع من حوله من أتباع ومجرمين وحتى مواطنين يذفون الإتاوة ، وبذلك لا يوجد خلل في علاقته مع بيئته المباشرة ، وهو متمتع في عمله ينجى المال ويقتل الناس بفاعلية عظيمة ، ثم هو راض عن نفسه فخور بها ، فهل هذه هي الصحة النفسية بالمقاييس السائدة الذكرك ؟ أو هل الأمثلة التي أوردتها عن « القصص في الحياة العامة » هي من الصحة النفسية ؟

إذن فالأمر كله يحتاج إلى تحديد أكثر :

وتزيد حيرتى وتلاحقنى ، فن للمسرحيات القليلة التى شاهدتها فى باريس (وهى عدد قليل لصعوبة اللغة أولاً ثم لضيق ذات اليد أخيراً) كانت مسرحية « لكل حقيقة » Chacun Sa Verité ، وهى مسرحية فكاهية تأليف لويجى بيراندللو Luigi Pirandello . يختلط فيها الأمر على المشاهد حين يتهم

أكثر من شخص في المسرحية الآخر بالجنون ، فيخرج الزوج مثلاً في تمام الصحة يتكلم عن حماته وعمه تفعله من تصرفات شاذة حتى تقتنع بجنونها المطبق ، ثم يخرج لتدخل الحماة في كامل عقلها تتكلم عنه بدورها مشفقة عليه مقنعة للشاهدين أنها لا بد أن تسيره اعتقاده في أنها هي المجنونة ، وهكذا تتبدل الأحداث ونحن نختار ولا نصل في النهاية إلى الحقيقة ، أو يصل كل منا إلى حقيقته ، لأن الحقيقة ليست مطلقة وحكم الناس ليس إلا وجهة نظر .

* * *

وأجد في ممارستي الخاصة أن الدافع للحضور إلى استشارتي - كطبيب نفسي - ليس درجة المرض أو شدته وإنما عوامل أخرى لا ترتبط ارتباطاً مباشراً بدرجة المرض أو نوعه ، وكثيراً ما جاءتني إحدى المريضات من بقايا « الذوات » تريد أن تتكلم بعض الوقت مثل صديقتها « فلانة » التي أعالجها ، أو طالبة تكف عن الاستدكار ليحضرها أهلها مثل بنت خالتها ، وبذلك تتفرج على الطبيب الذي يعالج قريبتها ، وهكذا ، وكنت أتساءل: هل أعتبر هؤلاء مرضى في حين أن مستر نيكسون - بسلامته - سليم معافى ؟

* * *

المرض مقياس نفسه : ولكن :

ومنذ توليت فحص المريض ، كان القياس الأساسي هو المريض نفسه ، بمعنى أن تجري دراسة مفصلة عن حالة المريض قبل المرض وعن شخصيته ونواذعه وسماته ثم تجري دراسة مقابلة عن حالته بعد المرض (الآن) وبالمقارنة تبين الصحة من المرض .

ولكن دراسة حالة المريض السابقة قد تثبت أنه « لم يكن يشكو... »
ليس إلا ، إذ قد يكون مريضا حينذاك دون شكوى ، وكل ما جد عليه أنه أصبح
أكثر إدراكا لواقعه المرضى ، ولذلك فقد جاء للاستشارة .

كما أن هذا المفهوم يشير ضمنا إلى ان واجب الطبيب الأول - او ربما
الأسهل - ان يعيد المريض إلى ما كان عليه قبل المرض ، وكنت أتساءل : هل
يعنى ذلك ان نقل من إدراكه لحالته ؟ وهل هذا ممكن ؟ ألا يشير ذلك ضمنا
إلى أننا نعوق تطوره ؟

القضية :

وفي مجال الطب النفسى الشرعى كانت مشكلة السواء والمرض أخطر
وأصعب ، لأنه بعد تحديد السواء والمرض نحدد المسؤولية من عدمها ... وخبرنى
فى هذا المجال قليلة ، إلا أنه فى آخر قضيتين استدعيت للاستشارة فيهما كانت
المشكلة حادة وخطيرة ، أما القضية الأولى فهى قضية قتل فيها شاب زوج
عشيته بلا أدنى مبرر حيث كان الزوج عالما بالصلات مستفيدا منها ،
وكان الشاب القاتل هادئا مصمما على الاعتراف بجريمته تصميما أثار الشك ، وبعد
كتابة التقرير المطول مع الزملاء المستشارين فى الطب النفسى ، انتهينا إلى أن
المريض مريض رغم قعر أعراضه وتضاربها ، وكنت أتساءل أليس كل مجرم
مريضا ، ألا يكفى دمع إنسان بفقدان الشعور حين تسمح له عواطفه بإزهاق روح
بريئة مقابل قروش أو شهوة ، وعلى النقيض من ذلك أليس كل مريض مسئولاً ،
ليس عن جريمته فحسب بل عن مرضه ولو بصفة جزئية ، أليس هذا هو الاتجاه
الحديث فى الطب النفسى أن نقدر المريض أى فائدة ثانوية يحصل عليها من مرضه
مهما كان نوعه حتى يشغل الحل المرضى فيرجع المريض إلى الصحة بآلامها . .
وتمنيت أن نكتب فى التقرير أن المريض مريض ولكن علاجه مع العقاقير هو أن

يتحمل مسئولية عمله رغم مرضه — في السجن — وعرضت هذا الرأي خلسة على أحد الزملاء ، ولكن الزميل اعترض أولا لأن مهمتنا تقتصر على التشخيص وليس على التوصية بالعلاج ، وثانيا لأنها ستصبح سابقة خطيرة قد يساء استعمالها في هذه الفترة من تطورنا العلمى والإنسانى ، وثالثا لأنه لا يوجد مرجع يؤيد هذا الرأي .

وسكت على مضض .

لست من العلماء :

أما القضية الثانية فكانت المواجهة فيها حادة وصریحة ، وبرز السؤال عن الصحة والمرض وكيفية التمييز بينهما خطيرا وملحا أمام زملائى فى لجنة فحص المريض ، فقد كان الرجل فى كامل قواه العقلية — لحظة الفحص على الأقل — وكنتنا التقرير مجتمعين بأنه « ليس مصابا فى الوقت الحالى بأى مرض عقلى » وإن كنت آمنت شخصيا أنه لم يكن مصابا فى أى وقت من الأوقات بمرض عقلى ، ولكن من أين لى أن أجزم ؟ لقد رأيته نائرا عنيدا ليس إلا ، أراد أن يعبر عن رأيه فى حق وظيفى سلبوه إياه ، فاضطر من باب لفت الأنظار ، أن يرسل برقية يقذف فيها فى حق الحكماء ، وفعلنا تنبه الحكماء لحقه السلوب وساعدوه على استرداده . وفى المرة التالية بعد ذلك بسنوات — عادوا وطردوه ، فكرر المحاولة بقذف الحكماء ظانا منه — نتيجة الخبرة السابقة — أن هذا هو الطريق — وقد اعتبرت أن هذا سلوك طبيعى رغم غرابته — ولكن هذه المرة لم تسلم الجرة — كما يقولون — فقد حوّلوه للطب النفسى ، ربما رأفة به .. واعتبروه مريضا ، وربما كان .

إلى هنا وكل هذه الاجراءات يبدو فيها معنى ما ، ولكن الوقت يمر ، وتطول إقامته إلى أكثر من سنوات أربع فى حين أنه لو كان حوكم وأدين لأفرج عنه منذ مدة طويلة .

ويصل الأمر إلى المحكمة ، وتعين المحكمة لجنة طبية - كنت أحد أفرادها -
وتقرر اللجنة بالإجماع - ساعة الفحص - أنه سليم معافى آخذة في الاعتبار
كل الإمكانات من أقوال الأهل والمريض ، وتأخذ المحكمة برأى اللجنة
وتحكم بالإفراج عنه ، ولكن ..

يظل المريض (أو السليم) في المستشفى حتى كتابة هذه السطور .
والقانون - بشكل ما - يسمح .
والطب - بشكل ما - قد يسمح .
وأشياء كثيرة أخرى ، أيضا ، تسمح .
لأنه يوجد في الطب .. والقانون .. والأشياء .. « ربما » .

وأحاول أن أنام دون أن أفكر في هذا الرجل فلا أستطيع بسهولة ، وأقول :
ربما كانت الملاحظة المستدرة التي قاموا بها أفضل من الملاحظة العابرة التي
قنا بها ..

ربما أخنى الرجل عنا أمراضه ..

ربما ظهرت عليه أعراض جديدة ..

ربما .. ربما .. ربما .

ولا تنتهى إل « ربما » .. ولا تبعد صورة الرجل عن فكري أبدا .

وأتذكر نص أقواله التي سردها بالتفصيل ذاكراً الأحداث باليوم والساعة
حين سأناه :

- إمت ازای بتحفظ التواريخ كده ؟

قال في أدب وسخرية معا :

- انا عادتى كده ، متأسف ... لأنه إذا حفظنا التواريخ ... نكتبوا

فى التقرير « يحفظ تواريخ لازوم لها » . وإذا ما عرفناش التواريخ يبقى
التقرير « لا يعرف الزمان ... والمكان »

وقلت فى نفسى : « صدقت »

ثم أتذكر سؤال آخر (بنص ما كتبناه فى التقرير)
- إيه رأيك فى نفسك ؟

فيردد فى ثقة وعلم :

- انا قرئت للفيلسوف ابو الحيان البصرى فى باب « علم النفس » إن
الشخص سوى الكامل لم يخلق بحد ، ولكن يقاس الرجل العاقل بالقدر
الأكثر والقدر الأقل ، فإذا كان القدر الأكثر فيه هو قدر العقل وقدر الجنون
هو الأقل فيعتبر هذا الرجل عاقلا والعكس صحيح ... نفس النظرية هنا ، يعنى :
فيه مريض يعرفه العامة ويعرفه العلماء وفيه مريض لا يعرفه إلا العلماء » .
انتهى كلامه بالنص .

ولكن :

ما زال هذا الانسان بالمستشفى حتى تاريخه .
ويتردد فى عقله قوله بأنه يوجد مريض لا يعرفه إلا العلماء .. وأحس بأمانة
أنه لا بد أنى لست من العلماء ...

وأقول .. « ربما » .. وتتردد كل الـ « ربمات » السابقة .

وتلج على الحيرة بصورة لم تحدث من قبل واتساءل :

- أين الصحة .. وما هى الصحة ؟

وما هو المرض ؟

وما هو الحق ؟ وما هو الخير ؟ وما هو الانسان ؟ ومتى يأتى الند ؟

وتزيد حيرتى .. وأتهم نفسى بالتصور .

.....

توارد الخواطر :

وحين ذهبت إلى باريس في مهمتي العلمية كان الوقت أرحب ، والمكتبة أكرم ، وكنت مهتماً بموضوع « التصوف » وأصوله النفسية ، فقرأت عنه كل ما وصل إلى يدي ، وأثناء ذلك كان ينبغي علي أن أحدد الحد الفاصل بين الخبرة الصوفية وخبرة الخلق والإبداع وخبرة الجنون ، والخبرات الثلاث في كثير من الأقوال نوع من النكوص ، والشبه بينها شديد . ووجدتني أرجع ثانية إلى هذا السؤال نفسه « من هو الصحيح ، ومن هو المريض نفسياً ؟ » .

وأثناء قراءتي عثرت على مقال عظيم لأحد الإيرانيين اسمه أرامسته *Arasteh* نشره سنة ١٩٦٦ في مجلة *Confina Psychiatrica* - وهي لا تصل إلى مصر - وقسم فيها الصحة النفسية إلى مستويات ، وقد كان هذا حلاً عظيماً جعل أقدامى قف على الأرض في حين يتطلق فكري إلى السماء ، فقد قابلت أثناء قراءتي من الصحة النفسية ما جعلني أتصور أحياناً أنه لا يمكن أن يوجد إنسان صحيح نفسياً لأنهم كانوا أحياناً يستعملون لوصف الصحة النفسية ألفاظاً ضخمة فخمة مثل « قمة السعادة » « الإيجابية » « الكمال » « التلقائية » « التفاعلية الكاملة » « تمام النضج » ، وعلى النقيض من ذلك قد كنت أجِد تعريفات أخرى تنزل بالإنسان إلى مستوى الحيوان حين تصر على اقتران الصحة النفسية بالتشكيل مع المجتمع القريب ، فليس المهم هو أن يكون الفرد قاتلاً أو قاسياً بقدر ما هو مهم أن يجعل شذوذه مشروعا حتى لو أضر بكل الناس ، لذلك فإن وضع الصحة في مستويات يجعلنا نتصور أنه لا يوجد نوع واحد من الصحة النفسية ، وإنما توجد عدة درجات تختلف من فرد لفرد ومن مجتمع لمجتمع .

ويبدو أن المسألة كانت تلاحقني فعلاً ، قد اشتغلت - بحض الصديقة -

الثناء مهمتى العلمية مع صديق عالم هو بيير برينتى Pierre Brunetti وكان رئيساً لوحدة الطب النفسى الاجتماعى فى جامعة باريس ورغم أنه كان يكبرنى بأكثر من عشر سنوات إلا أنه كان شاباً ثائراً متحمساً ، وفى ثانى مقابلة لى معه عرض على متردداً فى تواضع وأدب العلماء أفكاره عن مستويات الصحة النفسية ، وقال هل يهيك الحديث فى هذا الأمر ؟ وكأنه وضع مرهما بارداً على جرح مؤلم ، ولم أقل « طبعاً » قد كان هذا بديها ، ولكننا انطلقنا نتحدث وتناقش فى حماس بالغ وأرائى مقالاً له فى ذلك الموضوع « تحت النشر » ولما قلت له أن أراسته (من إيران) نشر ما يقابل هذه المستويات سنة ١٩٦٦ لم يثبط هذا من عزمه بل اطمأن أن فكره يسير فى الاتجاه السائد فى الشرق ، وكان دائماً الحنين إلى الشرق ويؤكد أن نصفه (الأموى) الفرنسى من الميدي Midi وأن العرب قد وصلوا هناك ولا بد أن دم أجداده قد اختلط بهم (وكان نصفه الأيوى إيطاليا) ، ولم ينه أن تنشر مثل افكاره قبلاً فهناك دائماً إضافة ولو بسيطة فى الأفكار ، والعلم يشرق فى عقل الإنسان فى أكثر من مكان فى العالم فى نفس الوقت ، لأن الذى يأتى بالأفكار الأصلية ليس مجرد الجهد والإيحاء ، بل درجة تطور الإنسان ، وما دام الإنسان يحتاج إلى فكرة تهديه فى مرحلة ما من تطوره فنسوف تظهر هنا أو هناك ، صحيح أنها تستحل على عقل من يعطى أكثر ، ويصير أكثر ولكنها قد تظهر فى أكثر من مكان فى نفس الوقت ، وأظن أن ظهور نظرية التطور عند داروين وولاس معاً أشهر الأمثلة لثل هذا التوافق فى ظهور الأفكار الأصلية وقد ظهرت مقالة برينتى بعد ذلك سنة ١٩٦٩ وكانت الفكرة متشابهة ولكن التفاصيل مختلفة .

مستويات الصحة :

قسم « أراسته » الصحة النفسية إلى المستوى الطبيعى Natural level

حيث يعيش الإنسان ككائنٍ حي طبيعي يهتم أساساً ونهائياً بحفظ ذاته وحفظ نوعه،
والمستوى البيئي Culutral loyel حيث يهتم الفرد بعلاقته المباشرة مع البيئة القريبة
من حوله، ثم المستوى البعد - بيئي Transcultural level حيث تتعدى اهتمامات
الفرد بيئته القريبة إلى ما بعد بيئته من مستويات الجنس البشري عامة، أما برينيتي
فحدثت عن صحة الجسم أو الصحة البيولوجية La Santé Biologique وهي
تتوقف على مدى تلاؤم أعضاء الجسم بالبيئة العضوية الداخلية، وصحة النفس
La Santé Psychique التي ترتبط بمدى تكيف الفرد مع مجتمعه للبائس
وصحة الروح La Santé de l'espri وهي تشير إلى التكيف والتلاؤم مع عالم
الإنسان وما بعد الإنسان مكانياً وزمانياً، وقد أعجبت بكل هذه الأفكار وعاشتها
وسعدت بها لأنها تربط الصحة بالإنسان وارتباطه وليس فقط بالأعراض والظواهر
وكنت أحس أني أعرفها من قبل، وقد ظهرت بعض علاماتها في كتاباتي المنشورة
قبل هذا، ولكن حيرتني لم تقل أبداً، لأن هذه الحلول وهذه القروض، وإن
أوضحت الرؤية، إلا أنها تتركنا في متاهة نظرية لانحسار عليها ما لم تتطور إلى
تطبيقات عملية لتكسبنا أرضاً جديدة يتقدم عليها الإنسان، وهذه الأرض العملية
تأتي من نظرة جديدة للمرض والعلاج، ثم تخطيط شامل لصحة البشرية
ومستقبلها.

فالأفكار موجودة وقديمة قدم الإنسان، ومن أجل تعريفات الصحة
ما صدر عن « هيبوقراط » أبو الأطباء من أن الصحة « حالة من التناسق
لشامل العام » وأن دور الطبيب هو إعادة التوازن بين مختلف مكونات الإنسان
من ناحية، وبين الإنسان والطبيعة بكل ما تشمله من ناحية أخرى.
ولكي يعيد الطبيب التوازن لا بد أن يعرف ما هو التوازن.
وزداد الحسرة.

وفي حيرتى كنت أتأمل زملائى وأحسدهم على الحلول التى وصلوا إليها ليردوا بها على الأسئلة ، وأم هذه الحلول هو عدم طرح هذه الأسئلة أصلاً ، أو ما يسمونه عدم التفلسف ، ولكن قلنى ورفضى كانا دائماً معى ، فأنا أقبل القليل الذى أتمتله فى خلأى وأسير محملاً بعد ذلك بكل ما لا أجد له حلاً نهائياً ، أنام به وأصحو به أياماً وشهوراً وستين ، ولم أنجح مرة واحدة فى أن أفرض على عقلى شيئاً لا يدخل إلى وجدانى وكيانى فى دعة وثقة ، ربما أقبله وأستعمله فترة من الزمان لعدم وجود البديل ، ولكن عقلى سرعان ما يلفظه فوراً بمجرد أن يحس ما هو أحسن منه ، أو هو يعدله تعديلاً جوهرياً يسمح له بالاندماج مع كيانى .

* * *

حقائق أساسية :

وقد خرجت من كل هذه الحيرة بمحائى اعتبرتها أساسية فى تطوير مفهومى الصحة والمرض معاً ، وظللت أتساءل : مادام الإنسان فى حالة تطور دائم كفرد ، وما دام للصحة مراحل ومستويات ، فهل يمكن أن ترتب الأمراض النفسية فى مستويات مقابلة ؟ وكيف يمكن ربط أسباب الأمراض النفسية البيئية والوراثية بهذه الحركة التطورية سواء للوصول إلى مستوى أدنى من الصحة النفسية أو مستوى أخطر من المرض ؟ وكيف تجد العلاجات كلها : كيميائية أو نفسية أو كهربية مكانها على سلم التطور ؟ وفى محاولة للإجابة على هذه الأسئلة كتبت مقالاً عن « نحو مفهوم تطورى للصحة النفسية » وكنت حينذاك ما زلت فى باريس وكان المقال الأصل بالغة الإنجليزية ، وحين قرأه صديق بيار قال لى « ماذا تريد أن تقول ؟ » قلت « ما قرأت » قال « لا ... ينحى إلى أنك تريد أن تقول

شيئاً أكبر .. عليك ان تهب حياتك لهذا الشيء حتى تقوله كاملاً « وحين قلت له «ما ذا تظن هذا الشيء؟» قال «ستعرفه يوماً» — ولم أنشر هذا المقال الأصلي لأن الأفكار تلاحقت بعد ذلك وأنا أحاول تطبيق القرض الذى احتواه المقال حتى كدت أحس أنه أصبح قديماً ناقصاً قبل أن ينشر، وخاصة فيما يتعلق بتقسيم الأمراض، ولكن صديق الأستاذ الدكتور عمر شاهين الذى قرأ المقال عقب عودتى من فرنسا واعتبره نظرة فلسفية، عاد فطلبه منى هذه الأيام لينشره فى العدد العلمى لمجلة الصحة النفسية سنة ١٩٧٢، مما جعلنى أعيد كتابته بالعربية، ثم أقرر فى آخر لحظة أن أضمنه هذا الكتاب « ملحقاً » به لمن يريد ان يقرأ تفاصيل الموضوع.

أما بجمل فحواه فهو أنى أيقنت أن المرض النفسى (الوظيفى) يتعلق تعلقاً مباشراً بالرؤية والإدراك، رؤية الانسان نفسه، وإدراكه واقعه ومجمعه، ووجدت أن فقد التوازن — أو التوازن الخاطئ — الذى هو المرض النفسى إما يحدث نتيجة لمزيد من العى أو مزيد من الإبصار، وحتى المزيد من العى هو دفاع ضد الإبصار، لأنه خوف من الرؤية المهددة، فائثناء الغارات يمكن ان تحفى الاضاءة اما بالإطفاء او بلبصق الأوراق الزرقاء على المنافذ، كذلك إذا هددت الانسان رؤية مزعجة فإنه قد يزيد من حيله الدفاعية التى يزيد بها عى يصل أحياناً لدرجة المرض.

إذا فالصحة النفسية هى تناسب درجة الرؤية مع تحقيق مطلبها

فما هى المستويات المتتالية حسب مراتب الصحة ومراتب المرض؟

إن هذه المستويات ينبغى أن تقوم أساساً على حقيقة أن الإنسان كائن متطور، ليس فى نوعه فحسب ولكن فى حياته كفرد أيضاً، وهذه حقيقة قديمة

موجودة في كل حياة وأعمال رواد الفكر والمبدعين ، وتطور الانسان متعلق بنوع في حياته ، وقد وجدت — مثل غيرى — أن الرؤية درجات ، وللصحة مستويات ، ولكنني فضلت النظر من زاوية متصلة اتصالاً مباشراً بالطب النفسى ، فرأيت الرؤية على ثلاث مراحل .

الرؤية ومداهما :

أولاً : أن نرى مظهر حياتنا ونغمض الأعين عما بالداخل ، ونستمر ندافع عن أنفسنا وقيمنا الاجتماعية أكثر مما نسعى إلى معرفة داخلنا أو إطلاق طاقتنا ، وقد وجدت أن هذا المستوى من الرؤية هو ما يتصف به — للأسف — أغلب الناس وخاصة في المجتمعات البدائية والتقليدية والمتخلفة ، وسميت ذلك تطورياً « المستوى الدفاعى » للصحة ، حيث تقاس الصحة بمدى العمى النفسى الذى يتمتع به الفرد ، ويكون الانسان على ذلك صحيحاً « إذا كان مثله مثل الجميع ، يكسب لقمة العيش ويقتنى من الأشياء أكثر ما يستطيع ، يملأ بطنه وتلدز حواسه وينام ، وتنتهى آماله فى الأغلب عند السر والتباهى بما يملك » وهذا ما يمارسه الغالبية العظمى من الناس .

ثانياً : أن نرى حياتنا من الداخل والخارج ، ونفهم أكثر ، ونعرف بعض تغيرات تصرفاتنا ، ثم نرضى بذلك كله ويهدأ بالنا لأننا نعرف أكثر ، وقد سميت هذه المرحلة « المستوى العرفى » أو العقلى نسبة إلى أن الرؤية فيه هى رؤية عقلية وليست بصيرة صوفية ، ولا ينقل المعرفة إلى مستوى البصيرة اتساع دائرة المعلومات أو مزيد من الشهادات والدراسات ، وإنما العمق الانسانى والعاطفى هو المميز الأول للمرحلة التالية ، وربما يتوقف عند هذا المستوى كثير من المثقفين .

وأسف أن أقول وكثير من العلماء والفكرين والفلاسفة ، قد نما عندهم العقل حتى استولى على كيانهم كله ، وربما كان التوقف عند هذه المرحلة هو سر ما يسمى « بأزمة المثقفين » حيث تحل الثقافة محل الحياة ، وتحل المعرفة محل البصيرة . ونستطيع ان نقول عن الإنسان في هذا المستوى أنه صحيح إذا كان « يتمتع بالراحة ويعرف كيف يرضى نفسه ويسير من حوله ، يقبل الموجود ويتمتع بالممكن ، يذهب إلى عمله ويمارس هواياته وقد يسخط أو يقرأ أو يحاضر ، وهو يزدهر بعلمه ومعرفته .. ويرضى » وهذا المستوى يمارسه عدد أقل من الناس وهو أفضل تطوراً من سابقه .

ثالثاً : أن نرى أمتسا من الداخل إلى أبعد مدى ، حتى نرى الانسان بكل تاريخه ومسئوليته وتطوره ، فنحن في هذا الموقف نرى الماضي والمستقبل معا ، ولا نكتفي بالراحة والرضا عند مستوى المعرفة ، بل إن هذه الرؤية قد لا تربعنا أصلاً بقدر ما تخلق بالنا وتثير كافة إمكانيات الثورة والتغيير فينا ، ويصبح هدف حياتنا أن نطور أنفسنا ونطور الحياة من حولنا في كل مكان وليس مجرد الحصول على المتعة أو التوازن أو اللذة أو الفهم ، وقد سميت هذا المستوى « المستوى الانساني » أو « الخالق » إشارة إلى أن الانسان يمارس فيه إنسانيته بكل أبعادها ، ويكون هدفه الأول أن يخلق الجديد سواء في نفسه أو في غيره أو في الفن والفكر الأصيل ، وقد رأيت أن هذا المستوى هو غاية تطور الانسان كوعم والانسان كفرد ، ويكون الانسان صحيحاً في هذا المستوى « إذا أصبح فعالاً للتغيير ، وامتد معنى التكيف عنده إلى الاهتمام بوجوده زمانياً كمرحلة من النوع البشرى تصل الماضي بالمستقبل ، ومكانياً كفرد من البشر في كل مكان ، وأصبحت راحته لا تتحقق إلا بأن يساهم طويلاً في

التطور وعرضيا في مشاركة الناس آلامهم ومحاولة حلها بالتغيير والعمل الخلاق ،
ولم يخل كل ذلك بجياته اليومية ، ولم ينتقص من قدرته على كسب عيشه مثلا أو
تكوين أسرة ورعايتها « وهذا ما يمارسه — للأسف — ندرة من الناس .

* * *

كلهم أصحاء :

وقد رأيت أن هذه الدرجات المتتالية كلها تمثل الصحة النفسية بشكل أو
بآخر ، ولم أعد أسمح لنفسى أن اتهم من يتمتع بأى مستوى منها بالمرض ، فكلهم
أصحاء رغم اختلافهم الشامع ، وبديهي أن الصحة تقاس في كل مستوى بمدى
تحقيق الأهداف التى أتاحها درجة الرؤية ، وبديهي كذلك أن هذه المستويات
ليست محدودة وليست منفصلة عن بعضها البعض تماما ، وإنما يمكن اعتبارها المحطات
الرئيسية التى يحقق فيها الانسان الفرد أثناء تطوره درجة كبيرة من التوازن ، أو
أسما الصورة الكاملة — نظريا — لكل مرحلة ، أما فى الواقع فلنأخذ نوجد درجات
متنوعة من الخلط بين المستويات الثلاث (والتفاصيل فى الملحق) .

معانى الالفاظ :

إلا أنى أحب أن أشير هنا إلى أن مقاييس الصحة النفسية فى كل مستوى هى
التكيف والعمل والرضا ، إلا أن معانيها تختلف ، وترتيبها كذلك ، مما يعنى أن
لكل مستوى مقياسا أساسيا لا بد من أن يتحقق أولا ، وأن سائر المقاييس
تتبعه وتنسب إليه وترتبط به ، وهذه المعانى المختلفة للفظ الواحد تختلف بدورها عن
المعنى الشائع ، وهذا تجاوز لنوى اعتراف به ، ولكن ما دام اللفظ أصبح متعدد
المعنى فلا بد أن نحدد استعمال المعانى حتى نتحرع ألقاظا جديدة توفى بالغرض تفصيلا ،

ولأضرب لذلك مثلاً توضيحياً عن معنى لفظ واحد من الثلاث ، ويكون القياس
جد ذلك سهلاً ، ولأختار لفظ « العمل » وهو أكثر الألفاظ الثلاثة شيوعاً :
فاللغنى العادى للفظ العمل : هو ما يتعلق بالوظيفة الأساسية أو الإنتاج العالى ،
وهذا اللغنى هو المستعمل فى المستوى الدفاعى — وهو أدنى المستويات — إلا أنى
زدت عليه معنى آخر لنفس المستوى وهو اقتناء ممتلكات رمزية والتباهى بها ،
بكل ما يسبق ذلك من خطوات وبلحقها . فى حالة « النوات » وأولادهم — وهم
ما زالوا فى مجتمعنا تحت اسم مختلف — ، وفى طبقة الزوجات العاطلات ، جعلت
هذا الاقتناء عملاً أساسياً ، فالزوجة العاطل لا بد أن تعمل شيئاً ما بعيداً عن
ساعات السرير ، فهى تقضى الرمزيات وتنشغل وتتكاثر بها ، وتغار من مثيلاتها
عند الصديقات ، وهكذا تبرر حياتها ، لهذا يمتد معنى العمل فى هذا المستوى إلى
هذا النوع من النشاط . أما فى المستوى المعرفى فقد أضفت إلى هذين المعنيين
ممارسة هواية أو رياضة (فى حين أن التعريف التقليدى لهذا النشاط يضعه ضمن
اللب) ، أما المستوى الخلقى فإن العمل فيه لا بد أن يكون عملاً مغيراً ، وهو يعنى
أن الإنسان يخلق ذاته باستمرار ويساعد فى خلق أطفاله أحراراً ، ولا يقتصر على
الإبداع الفنى مثلاً ، بل إن هذا الأخير ليس بالضرورة مرادفاً لهذا المستوى من
الصحة إلا لحظة الإبداع ، أى أن الحياة فى هذا المستوى هى الإبداع ذاته حيث
تكون الحياة فناً ولا يكون الفن بديلاً عن الحياة .

وقد أطلت فى عرض تفسير معنى الكلمة توضيحاً للصعوبة التى تواجهنا ونحن
نستعمل الألفاظ ونصور أننا أعفينا أنفسنا من التفكير فى معانيها ، مما يترتب عليه
هذا الخلط والارتباك مثل ما نحن فيه تجاه الصحة والمرض ..

وأريد أخيراً فى هذا المختصر أن أوضح أساس القرض القدى وضعته وهو أن

الإنسان يولد وعنده وسائل وإمكانات للحصول على الصحة النفسية على أى مستوى من المستويات الثلاثة ، وأنه تبعاً لقهر المجتمع من ناحية ، وقوة الطاقة التطورية للوجود فى خلايا كل فرد من ناحية أخرى يتحدد المستوى الذى يصل إليه خلال حياته للحصول على التوازن ، أى على الصحة النفسية ، ولكن الفرد الذى يحقق توازنه بالمستوى الأدنى قد يكون عرضة فى أى وقت من الأوقات لرؤية جديدة أو إثارة حادة تخل توازنه ، فيحاول الانتقال إلى مرحلة أرق بما يصاحب ذلك من أعراض ومخاطر ، وبما أنى هنا أكتفى بعرض حيرتى دون تفاصيل هذا المفهوم فإنى أكتفى بهذا السرد السريع معتذراً عن التفاصيل ، ثم أستطرد فى التفكير المسووع لأبسط للقارىء هذه المفاهيم الواردة فى هذا العرض حتى لا تضلله الألفاظ والمصطلحات فأقول : إنه رغم اعتقاده بأن جميع المستويات تمثل الصحة بأن ذلك لم يمنع جزءاً من عقلى أن يسمى هذه المستويات المتتالية أسماء ساخرة قارصة ، فقد خطر على بالى أن أسميها كالتالى :

المستوى الأول : الصحة بالعمى « الحيسى » .

المستوى الثانى : الصحة بالاستمحاء العقل .

المستوى الثالث : الصحة بالتطور الإنسانى .

ثم ألجمت زمام عقلى حتى لا أرجع فى كلامى ، وحتى أحترم كل المستويات ، فلم يهدأ ، وعرض على أسماء أخف وإن كانت ساخرة أيضاً فسماها :

المستوى الأول : « أنا لا أرى لا أسمع لا أتكلم » .

المستوى الثانى : « أنا عارف .. لكن .. أنا مبسوط كده أنا مرتاح كده » .

المستوى الثالث : « أنا موجود .. أنا متغير .. أنا غير » .

وقلت ثانية اللهم أخرك يا عقل :

وكتبت المقال العلمى المنظم المؤيد بالتاريخ والأسماء والأسانيد (الملحق) .
وهذأت حيرتى بالنسبة لهذا التساؤل عن الصحة والمرض ، وبذلك اتضحت رؤيتى
لا للصحة والمرض فحسب ، بلى لعدد من المشاكل أجدنى مضطراً لذكر بعضها
فى هذا الموجز على الوجه التالى :

١ - رأيت أولاً أن الناس يتمتعون بدرجات مختلفة من الصحة النفسية ،
ولا أستطيع القول أن هذا أفضل من ذاك ، كطبيب ، لأنى مشغول عن المحافظة على
الصحة أساساً فى كل مستوياتها ، وإن كنت كإنسان أهدف إلى تنمية المستوى
الخالقى وإلى المحافظة عليه ، وكان التعارض بين صفتى كطبيب وصفتى كإنسان
هو من أهم معالم حيرتى وخاصة فى مواقف العلاج ، وكان على الطبيب أن يتساءل
بادئ ذى بدء فى أى مستوى من الصحة كان المريض وإلى أى مستوى هو
ذاهب ، وأى طاقة يحمل وأى إمكانيات متاحة ؟ وهل يقدر ؟ ثم يرسم خطة
العلاج ..

وكان على الإنسان - فى داخل - أن يتمنى للطبيب والمريض التوفيق على
كل حال .

٢ - رأيت الإنسان حين تزداد رؤيته بالصدفة أو بالإثارة من الخارج أو
باندفاع قوة تطوره أثناء التغيرات البيولوجية (فى المراهقة مثلاً) أو حين يفشل المستوى
الذى يعيش فيه عن تحقيق أغراضه ، . أيته نتيجة لأى سبب من هذه الأسباب
فى أزمة حقيقية ، وأحسست أننا نظلمه إذا سميناها مرضاً ، فلأنما هى « أزمة تطوره »
وما هو إلا تأثر على الطريق .. إلا أن يفشل أو يرتد .. فنسميه حينذاك مريضاً .
وحين قال نجيب محفوظ فى قصته « الشحاذ » ، التى قمت بتحليلها تحليلًا سطحيًا حين كان

فكرى سطحياً، في كتابي «حياتنا والطب النفسى»، حين قال على لسان «عمر» في أزمة تطوره «لا بد من شيء... الشيء أو الموت أو الجنون» إنما كان يعنى بذلك الشيء - من خلال رؤيتى الآن - التطور .. إذ لا بد من التطور أو الموت أو الجنون، ذلك التطور الذى رآه في تجربته الصوفية في الصحراء .. رأى عينه منه ثم لم يحظ بعد ذلك به أبداً (راجع «الشحاذ» أو مقدمه في كتابي «حياتنا .. والطب النفسى» إذا شئت).

٣ - بذلك رفضت أن أساوى بين من يرفض ليرتقى ويكمل تطوره، وبين من يهزم على الطريق ويتحطم أو ينتكس إلى مستوى أدنى، وبذلك يصبح من يأتى للاستشارة واحداً يمانى «أزمة تطور» وآخر «مريض»، وفي الفصل الخاص بالعلاج موف أرجع لبعض هذا الحديث.

٤ - رأيت لماذا يتميز الطفل بالقدرة على الخلق أكثر من غالبية الناضجين، ذلك لأن الناضج - فى الغالبية العظمى - يلجأ تحت تأثير المجتمع إلى تنمية المستوى الدفاعى أو العرفى على حساب المستوى الخلقى، فيفضى بذلك على الإمكانيات القطرية الخالقة طلباً للسلامة، واحترمت اتجاهات تنمية الفكر الخلاق عند الأطفال بكل الوسائل ولو على حساب التكيف والتشكل.

٥ - عرفت الفرق بين الفن كبديل عن الحياة، وبين الحياة كفن، صلبها ونتائجها العمل المغير .. الذى بعض صورته الإبداع الفنى المعروف.

٦ - رأيت مخف اهتمام التحليليين التقليديين بالمستوى العرفى على حساب ما بعد ذلك - وإن ادّعوا غير ذلك، وإن انطلق المحدثون منهم إلى آفاق إنسانية أبعد وأرق - إلا أنهم ما زالوا يهتمون بـ «لماذا» أكثر من «إلى أين» والـ «أين» ليس هو التعويض الذى تحدث عنه «أدلر»، وإنما هو التطور الانسانى الخلقى.

كانت هذه حيرتى أمام هذا السؤال القديم «من هو الصحيح نفسياً ومن هو المريض» ، وكانت هذه محاولتى للإجابة عنه ، تلك المحاولات التى أصبحت بعد ذلك جزءاً من كل متكامل .. هو ما أمهد له فى هذا الحديث .

وأخيراً ، فإننى أكرر اعتذارى عما ورد فى هذا الجزء من إجمال (لن لن يقرأ الملحق) وعما ورد فيه من تكرار (لن سيقراً الملحق) وقد شرحت وجهة نظرى على كل حال ... فليقبل القارىء عذرى ، أو ليلعن منغى إن شاء .

الفصل الثاني

الوِثْمُ بِالتَّيْخِصِّ

- « الحياة قصيرة ...
- والطريق طويل ...
- والفرصة لا تنتظر ...
- والخبرة تحمل الصواب والخطأ ...
- والحكم على الأمور صعب ...

« أبو فراس »

منذ بدأ اشتغالى بهذا الفرع من الطب ، وأنا أجدنى أتعلق بالإنسان المريض دون الفوص فى أعراضه ، أفهمه وأساعده وأحبه دون أن ألزم نفسى بتسمية ما يعانى أسماء خاصة ، ولكنى فى كل حال كنت أضطر إلى ذلك من باب الروتين صرة ، ومن باب الخوف من الرؤساء مرة ، ومن أجل ملء الخانات لتغذية الوحش الإحصائى مرة ثالثة ، وكان ذلك يحدد الأمور بشكل ما . .

وتصير لغة . .

ولكن - الأمانة - أتر وأعترف أنى كنت ضعيفا فى هذا المجال جدا ، وحتى الآن ، كنت لا أستطيع فى معظم الأحيان أن أترجم أقوال المريض ومشاعره إلى أعراض ، ولعلمى بنقطة الضعف تلك حاولت ، فى عملى الخاص فيما بعد ، أن أضع فى ورقة المشاهدة الخاصة بالمريض هامشا طوليا يحوار الكلام الذى أكتبه من المريض مسترسلا ، حتى أعود فأترجم فى الهامش كلامه عرضا بعرض وألزم نفسى بذلك ، وأكتشف بعد سنوات أن هذا الهامش ظل أبيض من غير سوء فى غالبية أوراقى ، وقد حسبت أن ذلك جيمه نقص فى مرأتى أو خبرتى وقد كانت ناقصة فعلا . . وما زالت ولكنى استمرت فى ممارسة المهنة بنجاح نسبي - حتى تاريخه على الأقل - وكانت مشكلة تحديد الأعراض تزداد معى لا تنقص . .

وصاحبت مشكلة تحديد الأعراض مشكلة ألن هى تصنيف الأعراض إلى

« أمراض » .

وكان أستاذى الدكتور عبدالعزيز عسكر يملأنا صغارا أننا لا ننشخص المريض عند الدخول إلى المستشفى وإنما عند الخروج أوحى بعد الخروج أوحى . . أبدا ، وأن تصنيف التشخيص ليس عيبا لقرعنا بل ربما هو ميزة إذ أنه يعنى أن الانسان - مليا كان أم مريضا - كيان متغير باستمرار ، وقد كنت أشك فى ذلك الوقت أن أستاذى

يطيب خاطري ويهون عليّ حتى لا يفجئني في تشخيص خاطي... ولكني بعد أن واصلت السعي قرابة خمس عشرة سنة وجدتها هي هي مشكلة المشاكل « التشخيص » .

الحالات البين بين :

ويكفي في هذا المجال أن نعلم أن الحالات الـ « بين بين » Border-line cases تمثل في كثير من العيادات - وخاصة عيادات المراهقين - أربعين إلى ستين في المائة من الحالات ، وكلمة « بين بين » تعني الحالات التي تقع بين العصاب والذهان (والعصاب دو ما يطلق عليه الناس الأمراض النفسية ، والذهان هو ما يطلقون عليه الأمراض العقلية ، وهذه تفرقة لما شأن آخر سوف يقضى عليها حتما ليحل محلها ما هو أبقي وأكثر نضجا ...)

ويكفي أن نعلم أيضا أنه ثبت أن حوالي ١/٤ الحالات التي تتردد على العيادة النفسية في أكثر من مركز من مراكز العالم تحمل تشخيص « ماليس كذلك » يعني « مرض نفسي آخر غير مشخص » ، ونحن لا نستعمل هنا هذا التصنيف بنفس الشجاعة ونفس النسبة ، ربما لأننا أكثر علما وأكثر دقة (!!) .

١٠ فاعندي « إيه » يا دكتور ؟ :

وكانت مشكلة التشخيص تلح عليّ بحدة أكثر في المحاوراة مع الأصدقاء المرضى حين يسألني أحدهم « أنا عندي إيه يا دكتور ؟ » وأحترق في الرد ، ويظن أنني أخفي الاسم لأن ما عنده مرض خطير ليس كمثل شيء ، وأجدي أقول « أنت انسان تعاني ... أما الأسماء فلن تقدم ولن تؤخر » .

وفي مرة جاءني صديق صاحبه على الطريق سنوات ، ثم حدثت بيننا فرقة

مؤقتة في المكان والعلاقة ، وبدأ يرعاه زميل آخر في مكان جيد عني ، جاءني هذا الصديق المريض في يوم ما يطلب قهراً عن حالته ، وسألته : ماذا أكتب لك ، وماذا سيفهم زميلنا من رحلتنا مع أطوال سنوات من خلال سطور أو ألقاظ معدودة ؟ هل أكتب له تشخيصاً يرجع إليه في كتبه ليعرفك أكثر أم يجهلك أكثر ؟ هاتذا أمامه ، أنا لا أعرف بالنسبة لك لا تشخيصاً ولا إسماً غير إسمك ، بل حتى إسمك قد لا يعنى جوهرك ، فلنتحدد الهدف من التقرير ثم نضاهم ، ومع ذلك ، ولظروف مهنية وأدبية وجدتي ملزماً بأن أكتب قهراً كان هذا نصه « فلان إنسان يعاني . . . وهو يقاوم الموت والضياح بكل ما أوتي الإنسان من خير وشر » واعتبرت ذلك تشخيصه فعلاً . . . وأخذت أتساءل ماذا تنفع التشخيصات إذا وصلت العلاقة بين المريض والطبيب هذه الدرجة من القهمل ؟

وهذا السؤال « أنا عندي إيه يا دكتور ؟ » سؤال له مبرراته في المعاملات الرسمية والتقارير ، ولكنه كثيراً ما تكون له خطورته في غير ذلك ، لأن عديداً من المرضى يتخذونه وسيلة للهرب ، يملقون اللافطة فيستشرى المرض ، لأن المريض يستعيض عن ذاته بهذا التشخيص أو ذاك ، وكأنه وضع الحاجز بينه وبين الطبيب يحتمى وراءه من الشفاء ، بل كأنه خلع عن نفسه مسؤولية الحياة السليمة ، وهي مسؤولية عظيمة ولكنها - لأمر ما - صعبة .



وقد صاحبتني هذه المشكلة - مشكلة التشخيص - منذ أول ممارستي لهذه المهنة ، وربما كان الذي غذّاها منذ البداية هو صدق أستاذي الدكتور عبد العزيز مسكر وعلمه ، فكم من مناسبة يقف فيها محتاراً أمام مريض ما ، يقول ربما

كان هذا القلق ليس مجرد « قلق » ، أو ربما أخفى « الاكتئاب » وراءه فصاما ، وكانت « ربما » هذه تؤمننى إلى درجة الصدق الذى أسمعه ، وتورقنى مع مزيد من التساؤلات التى تدور فى عقلى .

المحاكمة :

وكنت بعد ذلك فى الاجتماعات العلمية بقسم الأمراض النفسية بكلية الطب . قصر العيني ؛ من أنصار تشخيص بيدوغريبا نوعا ما هو الذهان الكامن Latent Psychosis أو « الفصام الكامن » Latent Schizophrenia .. وكان أغلب زملائى يهاجموننى لذلك أشد الهجوم ... لأن الشئ الكامن ليس ظاهراً ، فكيف يصبح تشخيصا .. فما علينا إلا أن ننتظر حتى يظهر ، وكنت أجيّب وأنساءل فى نفس الوقت « وإلى أن يظهر ... هل نعالجه على أنه حالة قلق عادية مثلا لجرد أن ظاهرها هو القلق ؟ » ويقول بعضهم « نعم .. حتى يثبت بالدليل القاطع والبرهان الساطع أنه فصام أو ذهان مما تدعى » وكنت أرفض أن ننتظر الدليل القاطع والبرهان الساطع وكأننا فى محكمة ، وكنت فى نفس الوقت التمس العذر لزملائى الذين تعودوا على التحديد من دراساتهم الطبية دون تنمية القدرات الحدسية لفهم الإنسان كإنسان له أبعاده العميقة (ولا أعنى بأبعاده العميقة مجرد اللاشعور الفرويدى بل تمتد الأعماق إلى أجدادنا بين الطحالب مثل فكر يونج - مع التحفظ -) .

لم أكن أستطيع أن أنصوّر أبدا أنه يمكن تجزئة الانسان إلى قطع فاسدة وأخرى سليمة ، ثم نجمع القطع الفاسدة بجوار بعضها البعض والقطع السليمة بجوار بعضها البعض ، ثم نرى القطع الفاسدة أقرب ما تكون إلى أى الأشكال التى اعتدنا رؤيتها ، ثم نطلق عليها اسم « كذا » ويهدأ توترنا بعد أن نصل لى غاية المراد من

درب العباد . . . هذا مستحيل ، وهذه الطريقة التي رفضتها منذ البداية هي نفس
الاعتراضات التي أثارها مدارس الفلسفة الظاهرية Phenomenological
والوجودية Existential في وجه الطب النفسي التقليدي ، ولكنني عشت
التجربة قبل أن أعرف كل ذلك .

وكان منظرنا ونحن نعقد الاجتماعات العلمية لفحص حالة ومناقشة الصعوبات
التي قابلنا ومحاوله الاتفاق على تشخيص ، ثم علاج ، يشعرني أحيانا أننا في ساحة
محكمة ، وأن وكيل النيابة « الزميل الذي يقدم الحالة » يقرأ اعترافات المتهم
« المريض » ، وتتضخم الصورة في خيالي ، فأزيد عليها من التوش ما يجسمها
مسرحية قضائية ، نسأل الزميل (وكيل النيابة) :

— هل قال المريض (المتهم) كذا ؟

فيقول :

— نعم قال .

فنسأله .

— هل سمعته أنت شخصياً بأذنك يقول هذا « بعظمة » لانه ؟

فيقول :

— أي والله أنا أقول الحق ولا شيء غيره .

ثم تأتي بعد ذلك أقوال الشهود لتزويد أو لتنفى كلامه (ونسميهم في الطب
النفسي « المراقق » وأحيانا « المبلغ » ! !)

وينصب اهتمامنا جميعا على ترجمة الأقوال إلى أعراض ، والأعراض إلى

أمراض ثم يخرج التهم ، وترفع الجلسة المداولة ، وتحصى المناقشة ، وأحيانا يؤخذ رأى الحلفين (طلبة الدراسات العليا والزملاء الأصغر) ويصدر الحكم بتعليق لائحة « كذا » على قفا المريض أو على وجهه .

ثم أفيق من خيالي قليلا ونحن نكتب التشخيص على أوراقه ، وقد يصدر الحكم مع النفاذ . . . فيبدأ المريض في العلاج تبعاً لما هو مكتوب على قفاه - أعني في أوراقه - وقد يؤخذ بالرأفة فتؤخذ أعراضه في الاعتبار - وقد يصدر الحكم مع وقف التنفيذ حيث يكون التشخيص غير نهائى . . . وليس علينا إلا أن نتنظر .

وأفيق من خيالي لأن ما يحدث في العلاج كان يسير في اتجاه طيب بالرغم من التشخيص ، إذاً لماذا التشخيص ؟ بل لقد بلغ الأمر بزميل عالم أنه كان يشخص الحالة بعلاجها ، يعنى يقول هذه « هستيريا عادية » وتلك « هستيريا سنيلازينية » أى التى تعالج بعقار اسمه سنيلازين مثلاً ، وكان يقولها من باب الفكاهة ، ولكن المعنى وراءها ليس فكاهياً بحال ، لأن العقار الأخير يعالج الذهان ، وكان هذا النوع أقرب إلى الذهان ، وكأن مجرد التشخيص قاصر عن توجيه العلاج ، وعموماً وللأطمئنان فإن العلاج عادة يسير حسب «حيثيات الحكم» وليس حسب منظوقه ، إذاً . . ما جدوى التشخيص ؟ ربما خلق لغة مشتركة ، ورغم أن الرديبدو بريثا إلا أننا فى الواقع العملى نجد أن طريقة الدراسة وطريقة التفكير وطريقة المناقشة تركز تماماً - رضينا أم لم نرض - على التشخيص حتى يصبح فى النهاية هو مركز الاهتمام ويحل محل كل عمق آخر ، هذه حقيقة ظلمتنا بها طريقة تربيتنا وتركيب تفكيرنا ، والتشخيص يؤثر لا محالة فى الصورة التى تنطبع فى الأذهان ، وفى توقع شفاء المريض ، وفى سير العلاج وخصوصاً

في الحالات الكامنة .

والشهادة لله أنى كنت أخسر المعارك الكلامية في تشخيص ما هو « كامن » لأنه « كامن » ولأننا ليس عندنا القدرة على رؤية هذا الكامن، ولكن خسارتي للمعارك الكلامية لم تغير نظرتي أبداً لهذا الإنسان الـ « بين بين » ، ولا هزت إحساسى بنوع معاناته وعمق مشكلته . . كنت أحس بها أعمق من مجرد القلق الصراعى ، ومحاولة التغلب عليه ، كنت أحس أن هذا الاضطراب الكامن يتعلق بمشكلة وجود المريض ذاته وليس بطريقة تكيفه ، وكان كل الزملاء يحدثون عن هذا الشعور الحائر بصورة أو بأخرى :

« هذه حالة قلق . . . ولكن ! ! . . . »

« لا بد من القول بأن هناك شيئاً ما . . . أخطر »

« ما علينا إلا أن ننتظر . . . ربما يتبين الأمر فيما بعد » إلى آخر هذه

التعليقات الصادقة .

ضد الطب النفسى :

وقد كانت هذه المشكلة التى مثلت لى حيرة شخصية هى مشكلة التشاكل فى الطب النفسى على كل المستويات ، ولعل أول من أشار إلى عدم أهمية التشخيص هو هنريك نيومان Heinrich Neumann سنة ١٨٦٠ الذى أعلن أن الطب النفسى لن يتقدم إلا بإلقاء كل التشخيصات جانباً ، ثم أُلح إلى ذلك كارل ياسبرز Karl Jaspers ، ثم تمثلت هذه الفكرة فى كثير من الأفكار الحديثة وخاصة من مدارس الظواهريين والوجوديين ، مثل كتابات لانج Laing وكوبر Cooper القاسية الصريحة ، وكل الكتابات التى تنشر فى أمانة وثورة تحت عنوان « ضد الطب النفسى » Antipsychiatry تتجه إلى تعطيل هذا الصنم ، وكل من مارس الطب النفسى بأمانة اجتاحتها رغبة فى يوم ما أن يحطم

هذا الصنم ، ولكن التحطيم وحده لا يفي شيئا بل قد يزيد الأمر تعقيداً .
وأنا لا أتناول هذا الموضوع بأسلوب البحث العلمى وإنما بتاريخ تطور
فكرى ، وإن كانت هذه المشكلة قد مثلت شغلى الشاغل من أول ما بدأت
التفكير فى شيء اسمه البحث العلمى ، فقد كانت بعض موضوع رسالتى للحصول
على درجة الدكتوراه فى الطب الباطلى فرع الأمراض النفسية ، إذ كان الدافع
الأساسى لاختيار موضوع البحث هو إزاحة الستار عن هذه الحالات الكامنة .

الطرق المساعدة والبديلة :

وكانت هناك طرق تساعد على التشخيص منها « التشخيص بالإثارة » أى
أننا نثير الأعراض الكامنة ببعض المقاقير حتى تكتمل الرؤية ، ومنها التشخيص
بمساعدة « الأقيسة النفسية للشخصية » ، وقد كان بحثى عبارة عن تزاوج بين
هاتين الطريقتين للوصول إلى حل . .

ولم أصل إلى حل ... بل زاد شكى وقلقى ، فالاختبار الذى استعملته وهو
اختبار الشخصية المتعدد الأوجه فشل أن يصبح مساعداً على التشخيص بل إن
فشله قد ألجأ بعض المشتغلين به أن يرمزوا برموزه بديلاً عن التشخيص ، فبدل
أن يقال فلان عنده فصام مثلاً يقال فلان رمزه ٢٩،٧ . . . الخ ، وهذه عينة
تدل على الحيرة البالغة تجاه هذا الأمر الذى يحسبه الناس من البدهيات .

وخرجت من البحث بعدد من علامات الاستفهام ، وعندنا فى الطب
وأثناء التحضير لهذه الشهادة تكون قيمة البحث فى مجرد السماح بالدخول
لامتحان الشهادة ، وهو امتحان عجيب رهيب والبياز بالله ، ولكن البحث
فى حد ذاته - بالمقارنة بالكليات والأقسام النظرية - ليس كافياً للحصول على

الدكتوراه ، وخرج البحث بالجدول والأرقام ودخلت الامتحان وحصلت على
شهادة مزر كشة (كما يقولون فأنا لم أستلمها حتى الآن ولن أفعل) وكل ما استفدته
من هذه الخبرة هو أن المريض حين يتعرض بالعقار الذي كنت أستعمله للاثارة
يصبح أقرب إلى .. وبالتالي تمرن حواسي على الفهم أكثر ، كان هذا كل ما في
الأمر ، أما نتائج هذا البحث فلم تقدم ولم تؤخر في علمي شيئا (كما سيرد ذكره)
إلا أنني ازددت علما .. بحلى ..

وحين بدأت الممارسة على نطاق أوسع لعدة سنوات في علمي الخاص ، وكنت
أقابل شخصا مميزاً أو فنانا كنت أحجل وأتردد في أن أضع له تشخيصاً وأحس
أن هذا « وشم » مخيف لا معنى له ..

ورغم هذا كله قد كنت أفترض أنما النقص في قدراتي أنا شخصيا لسبب
أو لآخر .

في الخارج :

ولكن مرت الأيام وقرأت ومارست وبجئت ، ولم يشف غليلي شيء ،
وقلت لابد أن هذا النقص لأنني لم أسافر بلاد برّه ، ولكن ها هو ذا أستاذي
الأمين الذي سافر وصبر وصابر ما زال يمارس مثل حيرتي ، ولكن .. ربما
كان الحل ما زال في بلاد برّه .. ، وخاصة أن بعض زملائي الذين عادوا من
بلاد الانجليز كانوا أكثر تحديدا - وإن كانوا أقل تجديدا - وبالتالي أكثر
علما ، وأقل حيرة .

ثم سافرت في مهمتي العلمية إلى فرنسا ، وكان برنامجي لحسن الحظ برنامجا
حرا في بلد حر ، وفي باريس في مستشفى سانت آن (أكبر المستشفيات النفسية

ومنط باريس) أمضيت أغلب مهمتى ، وكان أعظم ما فى هذه البلاد هو الحرية ، ليس فى مظاهر الحياة فحسب ، ولكن فى طريقة التفكير وأصالته ، وكان هذا المستشفى بوضعه الجغرافى والتاريخى ملتقى المدارس المختلفة للطب النفسى ، وكنت أحس أنى فى سوق عكاظ ، يأتى كل صاحب مدرسة فى يوم محدد فى هس القاعة أو ما يحاورها ، ويأتى إليه مريدوه تطوعا ، ويلقى وجهة نظره بحماس أو بتحيز أو بهجوم مضاد . . « هو حر » ، ثم فى اليوم التالى يأتى فى نفس المكان صاحب مدرسة أخرى بمريديه أيضا ... وتكرر القصة ، وأهم ما فى الأمر أن هذه الحرية العلمية والحلقات الدراسية لم يكن لها ارتباط ببرنامج دراسى معين أو بامتحان يهدد أو بشهادة تعطى أو تؤخذ أو حتى بالجامعة ، فرغم وجود القسم الجامعى فى نفس هذا المستشفى العام إلا أن النشاط العلمى الحر كان أكثر غنى وأرحب ساحة من الاقتصار على الجامعة ونشاطها المحدود .

وكان مشكلة التشخيص كانت تنتظرنى ، فقد نظم لنا الأستاذ الدكتور ب. يشو P. Pichot أستاذ كرمى علم النفس الاكلينيكى بكلية الطب جامعة باريس (وهو طبيب يمارس أساسا الطب النفسى من على كرمى علم النفس ، لعدم وجود كرامى « كفاية » .. ، نفس القصة (!) . ولكنه كان مهتما اهتماما خاصا بالأقيسة النفسية) . . أقول نظم لنا - نحن الأجانب من العالم الثالث أساسا (واليابان يضعونها فى العالم الثالث!) - محاضرات عن وجهة النظر القرنسية فى تشخيص وتقسيم الأمراض النفسية ، وكانت وجهة نظر حرة فعلا ، اقتنعت بكثير منها ، ورفضت أكثر ، وكنت حين أناقش الأستاذ يشو فى بعض التشخيصات التى لا يمكن الجزم بها إلا بعد شفاء المريض ، وكأنتا نعلن

« تشخيص المريض بأثر رجعي » كان يخرج الهواء من بين شفتيه على طريقة الفرنسيين ويرفع حاجبيه ... و... فقط .

وكان أعجب ما في هذه الحرية وأجل ما في هذا العلم هو الاعتراف بالقصور، وبدأت أطمئن على أن قصوري ليس قصورا وجهلا شخصيا بحثا . - وكان هناك من الاختلافات بين المدرسة الفرنسية والمدرسة الأنجلو مكسونية (الأنجليز والأمريكان) نون شاسع في بعض النواحي ، ولما كان تعليمي على الطريقة الانجليزية وطبعي أميل إلى طابع الشرق الأبيض المتوسط فقد وجدت عند الفرنسيين شيئا يخرجني من قيود التشخيص المتحجر . .

الأسلوبية في التشخيص :

وقد حاول الأستاذ يشو ذو الاهتمامات الاحصائية والعقل المنظم بالحساب ، أن يستخدم عقله الالكتروني ويتعمق في مشكلة التشخيص ، فيرسل مجموعة من الأعراض إلى بضعة مئات من أطباء النفس في أمريكا وفرنسا وألمانيا وغيرها ، ويسألهم أسئلة محددة عن أى من هذه الأعراض تصف التشخيص الفلاني عندهم ، ثم يحاول أن يربط بين استجاباتهم وسمى ذلك « الأسلوبية في التشخيص » Stereotypy in Diagnosis في مختلف البلاد نسبة إلى أن التشخيصات ترجع إلى أسلوب آلي محدد يحكمه تنظيم معين في العقل ، وقد خرج بنتائج عامة تشير إلى أن الأطباء في كل بلد يكادون يتفقون في تجميع الأعراض في مجموعات ، ولكن اختلافهم هو في الأسماء التي يطلقونها على كل مجموعة ، وقد أفاد ذلك في إمكان المقارنة بين مجموعات الأطباء في البلاد المختلفة ، فاذا قال طبيب أمريكي على مريض أن عنده « فصام ضلالي Paranoid Schizophrenia » فإن ذلك يعني عند الفرنسي « مرض الضلال المزمن Delire chronique » وعند الألماني

« كذا » .. وهكذا ، وكأنه ينبغي أن توجد شفرة للترجمة من مجموعة لأخرى ومن بلد لآخر . ولم أكف عن التساؤلات ، لأنه إذا كان ذلك كذلك .. فلماذا لا يتفقون ؟ وهل يمثل هؤلاء الأطباء الذين أجرى عليهم البحث بالمراسلة مفاهيم الطب النفسى الحديث ؟ وحتى لو كان تمثيلا للأغلبية .. فهل الأغلبية على صواب ؟ وما شأن رأى الأقلية ؟ ..

وحاولت أن أحضر المدارس الأخرى التحليلية لأهتدى فحضرت للأستاذ الدكتور « لا كان » الذى كان يحضر مع مريديه إلى سوق عكاظ (نفس المستشفى : سانش آن) بنفس الطريقة التى أثمرت إليها ، ثم انتظمت فى مشاهدات تليفزيونية فى عيادة تحليلية للأطفال والمراقبين مع الأستاذين الدكتورين دياتكين ، وليبوفيسى (وعلى فكرة ، نشاطهم تابع لوزارة الشؤون الاجتماعية وليس الصحة ، والحضور ليس قاصرا على الأطباء ، ولكنه للأخصائيين الاجتماعيين والنفسيين والمدرسين والمهتمين بالتربية وغيرهم) وكنت مع هؤلاء وأولئك التحليليين أعجب أشد العجب من العمق الذى يصلون إليه فى فهم النفس ، ووضعهم التشخيص جانبا ، ولكنى اغتاض أشد الغيظ من الحظر الكيميائى على العلاج ، وكأننا فعلا فى سلسلة تليفزيونية ، وليس أمام إنسان من لحم ودم وكيمياء ونفس ومشاعر ..

المهم ، رحمتنى رحلتى إلى فرنسا من الشعور بالنقص واتهام عقلى بالقصور . وأحسست فى رحاب الحرية الفرنسية أنى أستطيع أن أرفض وأن أحتج وأن أفكر ، وتيقنت من أن الفرنسيين والألمان كانوا دائما أصحاب أغلب الأفكار الأصلية ، وأن الانجليز ، وحتى بعض الأمريكان الذين أخرجوا شيئا جديدا كانوا من أصل ألماني .. وشعرت بالسجن الذى نسجن أنفسنا خلفه ونحن محبس

فكرنا وراء أسوار المدرسة الإنجليزية تعليمًا ومتابعة للبحث العلمى ...

التهتم العضوى :

وكان أكبر من أثرى هو من اعتبرته أعظم الأطباء النفسين المعاصرين فى فرنسا .. وكثيرون يعتبرونه كذلك .. وهو هنرى إى Henry Ey الذى حاول أولاً مع أستاذه الدكتور هنرى كلود أن يزواج بين ترتيب الأمراض النفسية والجهاز العصبى تزواجاً ديناميكياً ، مهاجماً بذلك المفهوم الميكانيكى الذى يتصوره أطباء الأعصاب ، ذلك المفهوم الذى حل بين هذا التزاوج ردحاً من الزمن ، وكانت مدرسته تقول أن الجهاز العصبى عدة مستويات بعضها فوق بعض طورياً ، فإذا فشل المستوى الأعلى (الذى يعتبر كالمباسترو فى الأحوال العادية) أثير المستوى الذى يليه والأقل تطوراً .. وهكذا .

وكانت شخصية الدكتور « إى » وقوته العلمية وعمقه الفلسفى أبلغ ما أثر فى نفسى رغم أنى كنت أساساً ملحقاً بخدمة الأستاذ الدكتور « جان ديليه » الذى قام بالانقلاب السيكوفارماكولوجى الرهيب فى علاج الأمراض النفسية باكتشافه عقار اللارجاكتيل الذى لا يقل أهمية عن اكتشاف البنسلين أو الكورتيزون فى الطب الجسمى ، إلا أنى اهتزت أمام أجاد « إى » الانسانية أكثر وخاصة بالنسبة للتهتم التطورى للجهاز العصبى ، وهذا الفهم هو الذى ساعدنى بعد ذلك على حل هذه المشكلة التشخيصية .

وقد كان التزاوج بين هنرى إى وجان ديليه هو الذى أوحى لى بعد ذلك بالتهتم الديناميكى الأنثربولوجى العصبى للأمراض النفسية .

محاولة محلية :

وفى الشهور الأخيرة كلفت مع بعض الزملاء من قبل الجمعية المصرية للطب

النفسى باعداد مشروع مبدئى للأمراض النفسية حتى يتكلم المشتغلون بهذا
القرع من الأطباء النفسين بمصر لفة واحدة ، وكأن المشكلة كانت تقتطرنى ،
وبعد شهور طويلة من مراجعة التقسيم الدولى للأمراض وسائر التقسيمات الأخرى
فى فرنسا وأمريكا وإنجلترا وغيرها ، وبعد وضع المشروع ومناقشته فى اللجنة العلمية
للجمعية مناقشات فيها من الثورق والتجديد ما طمأننى إلى صحة اعتقادى بالحاجة إلى ثورة
كاملة ، وبعد محاولتنا تطوير التقسيم العالمى للأمراض النفسية بما فيها من نقط ضعف
جاءت نتيجة اجتماع مجاميع عالمية غير متجانسة ، بكل هذا وضعنا مشروع
التقسيم الذى قبل بصفة مبدئية وحاولنا فيه أن نلقى الضوء على معظم مناطق
الظلال ، ولا أنكر أنى تخالفت فى حدود ما تسمح به الأمانة العلمية وعلى قدر
ما سمح لى به أصلى القلاخى أن أتخالف ، حتى أذيب بعض التلوج ، الأنجلوسكسونية
التي تحيط بفكرنا ، ولكن الحاجة الملحة للتجديد والتجديد ، وبما تصورت
ظهرت فى المناقشات التي تمت حول هذا المشروع

إذا فالوضع ليس مشكلة خاصة بى وإنما هو فعلا مشكلة الطب النفسى .
ومع كل ذلك . . فلم ينه هذا التقسيم المصرى حيرتى ، فازلنا فيه ملتزمين
بشئ اسمه العصاب وآخر اسمه الذهان ، وتقسيم وصفى للأمراض بما لا بد أن
ينتهى بالثورة القادمة . . ولكنى أعتبره خطورة هائلة على الطريق .

مشاكل عملية :

على أن القارئ غير المتخصص ربما لا يهتم بكل هذه المشاكل العلمية
البحثة وتطور حيرتى إزاءها بقدر ما يتساءل : بماذا سيضار هو من هذه
الاختلافات الجوهرية حول أبسط الأمور وهي « اسم المرض وطبيعته » ؟

والحقيقة أن الذى دعانى أن أكتب كل هذه التفاصيل والقصص تسلياً هو أن
لشاكل التطبيقية التى تمهم كل مريض وكل إنسان يتصادف أن يحتاج لخدمة
الطب النفسى حادة وملحة وخطيرة فى نفس الوقت ، فإن عدم الاتفاق على
تشخيص من ناحية ، والاهتمام الزائد بقيمة التشخيص من ناحية أخرى كانا
يمثلان فى صعوبات لم أستطع أن أقلب عليها حتى الآن ، وليشاركنا الناس
فيها حتى نحلها ، فهم كما قلت من الأول : أصحاب المصلحة ، كما أن مضاعفات
هذه المشكلة تظهر بشكل قاس وممرير فى كل المجالات ومثال ذلك مجال الخدمة العسكرية ،
ولأن التشخيص ليس له مقاسات بالقلم والمسطرة فكل شئ جائز ، ويبدو أن النظم
والقوانين كانت تمهد من حركة زملائنا بالقوات المسلحة مما يزيد شكهم وحرصهم
ويحطهم يفضلون مبدأ « السلامة أولاً » وأعنى بذلك سلامة الاجراءات وليس
سلامة المريض ولا سلامة الجيش ، وأحسب أحياناً - فى ظل اللوائح - أن عندهم
عذرم ، والذى يده فى النار غير الذى يده فى الماء كما يقولون ، وكانت المشكلة
تصل عندى إلى درجة فظيعة من الاحتجاج تجعلنى أثور على نفسى وعلى زملائى
وعلى فرعى ونحن نقف مكتوفى الأيدى والعقل بين المتصنعين والمتصدعين من
المرضى والأسوياء . لماذا ؟ ووصل الحال مرة أن مريضاً فصامياً يعالج عندى
منذ أربع سنين ، وحالته تصرخ وتقول « أنا هو الجنون بعينه » قبل فى الجيش
على أنه لائق ، وأكتب التقرير تلو التقرير وأصف الأعراض بالتفصيل متجنباً
التشخيص وأقول « أنه يكلم العصافير فى أوكارها » . ولكنه كان
لائقاً سليماً معافى لقصور اللوائح على أحسن القروض ، وبعد
عدة شهور حين ثبت - ربما بشهادة الطير - أنه يعرف لغة الطير فى أوكارها ،
بدأت إجراءات الفصل التى استغرقت تسعة أشهر بالتام خرج بعدها صديق

المرضى وقد تمزق تماماً . لا أمل في أن أجمع أشلاءه بد ما كان ، وحين كنت أقابل زملائي بالقوات المسلحة وأصبح فيهم وفي نفسي « ماذا تفعلون - ونفعل - بالناس ؟ » يقولون في ألم ليس أقل مما أشعر به « ماذا يفعل القانون بنا . . وبالناس ؟ » وأحول غيظي إلى قصور فرع الطب النفسى الذى يقف عاجزاً أمام الضبط والربط . . لأن التشخيص صعب ، أو مستحيل إلا بعد شهور وشهور . . ، ونيكلم المرضى العليل أو يصادقوا الحيات . . فهذا شئ آخر ، المهم هو الوصول للتشخيص ، وأن يكون محمداً بالكلمات وأن تكون ذات الكلمات موجودة في اللوائح (وليست كلمات مشابهة) . . ، وحين قلت في أول حديثي عن مشكلة التشخيص أنه في كثير من الأحيان يكون الهدف الأول والأخير من الفحص ، كنت أعنى مثل هذه الحالات ، وحتى تصير اللياقة في الجيش من عدمها مرتبطة بأسئلة أخرى بعيدة عن التشخيص فسوف أظل قلقاً محتاراً بالنسبة لهذا الموقف وأمثاله ، فخلقيت بنا أن نسأل أسئلة أخرى بعيدة عن التشخيص مثل « ماذا يفيد هذا الشخص القوات المسلحة » ، « وماذا تهيد القوات المسلحة هذا الشخص ؟ » « ماذا يضر وجود هذا الشخص بالقوات المسلحة ؟ » « وماذا يضر هذا الشخص وجوده بها ؟ » إلى آخر هذه الأسئلة المنطقية ، واتى لا بد لنسألها أن نتحرر من سجن الأكليشيات أولاً .

هذا مثل واحد يشير إلى كيف يمكن أن يكون سجن التشخيص خطراً على الناس وحياتهم ، وعلى صحة المؤسسات الحربية والانتاجية ، وليس فقط مسألة عليية « فيها نظر »

والأمثلة غير ذلك صارخة في مجال الشهادات المرضية ، ومجال الخدمة الطبية للعمال ومجال القضاء ، ومجال حجز المصابين بالأمراض العقلية بمحكم القانون

وأغلب المجالات التطبيقية الإدارية والشرعية التي تتصل بممارسة
الطب النفسى .

إذا فخرت إزاء مشكلة التشخيص كانت وما زالت حيرة علمية وتطبيقية
فى نفس الوقت فالألفاظ لا تبدو أن تكون وشما للناس بالرموز ، والعلم
لا يحدد لى معانى الكلمات بالتفصيل ، وحتى إذا حددها فإنها تصبح
بالتقدم ضماً .. إلها يُعبد ، وليس إلها يعفو ويرحم ، ونسى دائماً أننا نحن الذين
صنعناه .

وأقول أن هذه هى طبيعة العلم بصفة عامة ، وأن هذه هى مرحلة تطوره ،
وعلمنا بصفة خاصة ما زال يحبو ، فلأرض بما هو قائم وأمرى إلى الله .

ولكن المشكلة عندى ليست فى الرضى والتسليم بمرحلة التطور العلمى الذى
يعيشه فرع اختصاصى ، بل هى أصعب من ذلك ، فإن عملية التشخيص بالصورة
القائمة تباعد بينى وبين الأصدقاء المرضى ، إنها عملية تشوه إنسانية الإنسان وقلبه
من « مجموعة مشاعر ذات كيان » إلى « مجموعة أعراض ذات اسم » ومهما قلنا
أنها غير ذات أهمية إلا أن طريقة ممارستنا للطب النفسى تعطىها الأهمية الأولى ..
وأحياناً الأخيرة . إن الاهتمام الزائد بمنطوق كلمات المريض وأقواله وأقوال
الشهود يحلنا تقع فى قس الخطأ الذى نضيه على زملائنا الأطباء فى القروع
الأخرى حين نقول أنتم تهتمون بالأعضاء دون الإنسان ، لأننا أيضاً - بهذه
الطريقة - نهتم بالكلمات دون الانسان .. أو بمعنى آخر :

إننا نسجن المريض وراء ألفاظه .

إننا نبعده عنا بما نطلقه عليه من « أكلشيات » .

ولكن حين حاولت أن أخرج من هذه الحيرة وجدتني أقع في نفس
المحذور فأعيد تقسيم وتنظيم الأمراض بألفاظ جديدة ، وأكاد أكون متأكدا
من أن هذه الطريقة سوف يقع منها نفس الخطأ . . إلا أنها قد تعطينا مرحليا من
ثقل ثمانين سنة كاملة - منذ كربلاين - نزرع فيها تحت كاهل رموز فقدت معناها
بالثورة الكيميائية والتكنولوجية والنفسية الحديثة .

هذه بعض معالم الحيرة التي عشنا .

وهي هي بداية الثورة التي أعيشها .

وقد تحدثت عن محاولة حلها بالبحث العلمي التقليدي وعن فشل هذه
المحاولة ، ولكن للبحث العلمي قصة أكبر تحتاج إلى تفصيل ، ولكن - مرة
ثانية - إنما بنيت طريقتنا في البحث العلمي على طريقة تنظيم عقولنا بمناهج التعليم
السارى ، وتنظيم تفكيرنا بحسابات المكاسب الشخصية المأجلة .

الفصل الثالث

البحث العلمي

« ليس البحث العلمي تجارب تعمل أو
نتائج تدون أو حقائق تثبت ولا حواريين
تكتشف ، وإن يكن ذلك كله من
ضروريات وجوده ولكنه قبل كل
شيء طريقة تفكير منظمة والقيمة يتلو بعضها
بمضا على نحو يخلق وحقائق الأشياء »

محمد كامل حسين

أ كاد أقول أن هذه الفقرة التي أعرضها في هذا الفصل هي أصعب الفقرات جميعا ، وقد ترددت كثيرا - شأن الناضج لا شأن الثائر - في أن أكتب عنها ، حتى كدت أعدل تماما ، وكانت مبرراتي جاهرة ، فأنا أتحدث عن حيرتي الشخصية وكل ما أعريه من نفسي هو ملك خاص لي ، من حق أن أكتب عنه ما أشاء ، فأصف فشلي أو قصوري ، وأصف ترددي في التشخيص والعلاج دون حرج ، وأكدت منذ البداية أن هذا حديث خاص يقع على وزره دون أى أحد آخر ، ولكن المسألة تغير حين أتحدث عن البحث العلمى وهو مشكلة عامة ومشتركة حيث يوجد في الأمر « آخر » ، وحيرتي هنا تتصل اتصالا مباشرا بأساتنة وزملاء أحترمهم وأقدر كل ما بذلوه ويذلونه في مجال الطب النفسى ، فليس من حق أن أطلق لقلمى السنان في شيء لا يتعلق بى وحدى .

هذه واحدة . .

أما الثانية ، فلأننا بلد يجاهد حتى يلحق بركب العلم أجد حديثى عن البحث العلمى له خطورته وخطره في نفس الوقت ، فلو أننى قلت كل ما بنفسى مهما التزمت الحذر ، فإن الأسلوب الخالى والمحلى للبحث العلمى قد يصيبه من التهورين ما يومه بأن البديل عنه هو الخرافة أو الغيبات وأنها أبقى للتطور وأقع من الأسلوب العلمى في حين أنها جميعها ظلام دامس لا ينطلق فيه إلا الوطاويط والأشباح .

هذان المخطوران جعلانى أتردد وأفكر وأكاد أهرب .

ولسكن:

لا بد أن أحدد موقفى مما كان ويكون - ولو بالإيجاز والحذر اللازمين -

وأن أعترف بصوت عال : أنى غير مقتنع بكل هذه المظاهرات البحثية التى لا تعدى مرتبة للشاهدات والتجارب والمقارنات والمقالات ، وهى أدنى مراتب البحث كما أشار أستاذنا الدكتور محمد كامل حسين ، وللأسف فإن لجان قويم الأبحاث لدينا بصفة عامة - تؤكد على الجداول والشاهدات والاحصاءات ، ولا تلتفت إلى المرتبة الأعلى وهى مرتبة القروض الخصبية التى تفتح آفاقا رحبة لمسيرة العلم ، ولا أتحدث عن المرتبة القصوى للبحث وهى الوحي الصادق أو مرتبة الوصول على حد تعبير الصوفيين لأنها فوق القويم وإن كنت لا أشك أن أول رافض لها هى لجان القويم.

ولعل من أغرب القيم التى أرادوا لها أن تثبت احتواء وراءها من الجديد ، أو استسهالها هو دقيق خاضع للمراجعة والحساب هى أن أى بحث من المرتبة الدنيا يفضل عن مقال قد يحوى فرضا خصبا فى حين أن هذا الفرض قد يكون به من الملامح المشرقة ما يعدل مسيرة العلم لعشرات السنين ، وحين قرأ تقارير اللجان العلمية تعجب من « الأكلشبات » المتداولة وقرأ « هذا » مقال « ليس بحثا » إلى هنا والأمرواض ومقبول ، ولكنك قرأ فى المجلة التالية أنه لا يقوم فى الجهد العلمى لصاحبه ، أما أنه ليس بحثا فقد يعنى أنه ليس بحثا عمليا فيه تجربة ومشاهدة أما أنه لا يقوم فهذه هى المشكلة !! لأنهم قد لا يميزون بين المقال لاسترجاع وسرد معلومات سابقة ، وبين الفرض الذى يعيد تنظيم الحقائق والشاهدات لتصبح كلاً جديدا قابلا للاختبار والمناقشة ، فإن الذى يحدد عملية البحث لنبيهم هو المعاملة الإحصائية وعدد الجداول والرسوم البيانية فى أغلب الأحوال ، وهذا معوق رهيب للتقدم العلمى فى بلدنا خاصة لأنه يضر أكثر ما يضر بشباب الباحثين المحتاج للترقى . وعلى ذلك هو يحدث ارتباطا شرطيا بين الترقى وبين هذا النوع من الأبحاث فيوقف تطورهم العلمى ، حتى إذا جاء وقت النضج العلمى والإنشاء .. لم يبق فى عقولهم إلا عقم الأرقام ، وبذلك فالباحثون يستغرقون

في هذه المرحلة طوال حياتهم فتنهى تلقائيتهم ولكنهم مستمرون في سلم الترقى بالنجاح في المنافسات العلمية . ثم بالأقدمية يتولون مراكز تقويم فيعوقون بدورهم التطور ، وهم في ذلك مرغعين على التدهور وهم في الحقيقة ضحايا أكثر منهم جناة .

الامانة :

بل إن هناك خطرا أكبر من كل خطر يدخل ضمن مثالب هذا النظام هو أن يتعلم الباحث في أول خطوات حياتهم العلمية البحثية « عدم الأمانة » ، إذ أنه في إطار التنافس على القصور يمكن أن يحدث أى شئ ، ولا أقول إن هذا ما يحدث فعلا في كثير من الأحيان ، لأن ذلك لا يقال ، ربما لأنه لا يمكن إثباته ، وقد يرد أحدهم أن « الأمانة العلمية هي شرط أساسى ومبدئى لدخول مجال البحث العلمى ابتداء » إلا أنه ليس كل المسلمات أو البديهيات حقائق كل يوم ، فلا يكفي ... وخاصة في بلد نام ذى إمكانيات محدودة .. أن نقول إنه يجب أن يكون الباحث أميناً ليكون أميناً ، وليس من المعقول أن نضع الاتحاج العلمى في كفة وعلاوة ثلاثة أو خمسة جنبها شهبيا في كفة ونقول إن الأمانة هي الأصل وهي واجب الأساتذة والمشرفين لأن الأمانة خلق وعادة قبل أن تكون واجبا أو درسا ، على أن الصراع الذى يترتب على ربط الترقى بالبحث العلمى لا يضع أمامه الملاوة المادية فحسب ، بل هو يرتبط ارتباطا جوهريا بالصراع على المركز والاسم والسلطة ، أى على كل ما يتعلق بحياة الباحث الوظيفية التى قد تكون هي كل حياته .

وأبسط صور عدم الأمانة هي تلفيق وتزييف النتائج لتساير الاتجاه المتوقع ،

وهذا النوع بسيط لأنه يمكن ضبطه من خلال الإشراف والمراجعة للبحاث الناشئين ، ولكن الإشراف أمر ليس ممكنا بصورة عملية دقيقة باستمرار ، وتكفي نظرة واحدة إلى عدد الرسائل التي يشرف عليها أحد الأساتذة ذوى الانشغالات الأخرى المتعددة حتى ندرك مدى سطحية الاشراف .

وعدم الأمانة الصريح رغم قبحه وخطورته أهون من النوع الخفي لأن صاحبه يعرف ماذا يفعل ، وربما استيقظ ضميره فيما بعد وعرف أن هذه مرحلة لنرضى ما ، وربما عدل عن كل ذلك ، وربما جعل التزييف في اتجاه لا يغير النتائج وإنما يحسمها ويظهرها فقط ، إلى آخر هذه الافتراضات الخفيفة .

أما النوع الآخر فهو أخفى وأخطر ، وهو الذى يحدث بطريقة غير مباشرة من خلف الشعور نتيجة للحرص الشديد على عمل البحث من ناحية ، والكميت الشديد من ناحية أخرى ضد أى انحراف عن الصواب ، فلا يكون هناك طريق سوى التزييف اللاشعورى - إذا صح التعبير - الذى يتخذ صورة خفية يمكن أن يدافع عنها صاحبها دهورا ، وليس هذا مجال تحديد هذه الصور ولكنى أحذر منها الشبان حتى يدركوا مداخل النفس قبل أن تتشوه الشخصية .

وهناك طرق متنوعة لضبط تحيز الباحث الشخصى نحو هذه الناحية دون الأخرى ، ولكن التحايل اللاشعورى على هذه الطرق يخفى على الباحث نفسه انحرافه ، وهذه الأساليب تظهر أكثر ما تكون فى البحوث النفسية الإكلينيكية حيث يكون مجرد التجاوز فى التشخيص (وهو بحسب ليس له قرار كما سبق أن أشرنا) هو نوع من عدم الأمانة .

وعموماً فإن عدم الأمانة فى نظرى هو « أن أقنع مالا أقنع به » مهما كان

سبب عدم اقتناعى ، إذ ينبغي أن أفهم حتى أقتنع ، أو أن أمارس حتى أقتنع ، وإلا فلأتوقف وأراجع نفسى ، فكم من الأبحاث تمنيت قرب انتهائها أن أمزقها ولا أخرج بنتائجها أبداً ، وكم عندى من الأوراق للتراكة مالا أرجع إليه إلا وقت الحاجة ، وبغير حاجة فسيظل مراكونا بلا قيمة إلى الأبد لأنى أعتقد أنه بلا قيمة سواء نشر أم لم ينشر ، وإنما هو ينشر لفرض آخر غير النشر . .

وقد اضطر الباحثون إزاء قواعد اللجان السالفة الذكر إلى محاولة التغلب على هذا النظام المقيم للبحث والترقى بمحاولات عديدة لا أبرىء نفسى من اللجوء إليها .

فهنالك صورة الجاملة فى الأبحاث - وهى تمثل فى أن تضع اسمى على بحثك وأضع اسمك على بحثى للتغلب على مشكلة الكم والكيف أمام اللجان إياها ، وهذه صورة محورة لعدم الأمانة ولكنها تناسب مع موقف اللجان التى تهتم بالعدد قبل أى شئ آخر ، إذ لا بد أن تكون معاملتنا للجان بالمثل .

وهناك صورة ضيف الشرف حيث توضع بعض الأسماء الكبيرة على أبحاث لم يقوموا بها كنوع من التكريم ، إلا أن فيها فائدة متبادلة إذ أن الاسم الكبير يعطى للبحث قيمة خاصة .

وهناك صورة ثالثة حين يحابى أحد الأساتذة أحد الناشئين فيلحق اسمه بكل الأبحاث التى تجرى بالقسم سواء شارك فيها أم لا .

كل هذه صور تحدث كل يوم تحت سمع وبصر اللجان - فما أعضاؤها إلا بحاث وأساتذة يعرفون ما يجرى ومع ذلك لا يملكون إلا تنمية كل هذه الأساليب بتقويم الكم دون الكيف ، وباتباع مبدأ السهولة أولاً .

هذه بعض الأمثلة . . . والأمثلة غيرها كثيرة والرود عليها أكثر ،

ولا أستطرد فلأنا أنا أعرض هنا نقطة واحدة وهي كيف أن البحث العلمى الذى خيل إلىّ فى وقت ما أنه سينهى حيرتى قد زادنى حيرة ، وكيف أنى إنتهت وأنا فى وسط معمته إلى الظلام المحيط وإلى مزالى الخطر الخفية التى تجعله سلاحاً علينا ، لآلنا فى فترة طورنا الحالية .

وبصفة عامة أ كاد أقول « أنى لست فخوراً بأى بحث قمت به ونشرته حتى الآن ، بل إنى كثيراً ماخجلت من أبحاث نالت ما نالت من تقدير لم يعن عندى شيئاً أبداً ، كما أنى لست مقتنعا بسياسة البحث العلمى التى تربطه بالكم دون السكيف أو بالتأنيج دون الفرض ، أو بالأسلوب العلمى دون التفكير العلمى ، أو بالأعداد والجداول دون الأصالة والابتكار » .

وان كنت لا أنكر فى نفس الوقت أن كل الأبحاث التى اشتركت فيها والتى شاهدتها وعاشتها ، سواء بمصر أو فى مهمتى بالخارج قد أفادتني فائدة عظيى كان لا يمكن أن أحصل عليها دون أن أمارسها من الألف إلى الياء ، فالمشاهدات عموماً تجلّى الذهن وتوسع مجال الرؤية ، وكلما اتسعت دائرتها واهتمت بالتفاصيل كلما زادت قيمتها فى إثراء الفكر ، إذ أن المشاهدات هى نفادة الخلام التى يتخاطق منها الجديد ، أو هى اللبئات التى سببنى منها للنزل ، ولكن رغم ذلك فإن المشاهدات فى حد ذاتها وللأغراض الجدولية والبحثية الوظيفية ، كانت تشوه فى آخر لحظة لتساير لغة التقويم السائدة . .

ولعل أكبر فائدة حصلت عليها من سلوك هذا الطريق — كله أو معظمه — هو أنه يحقّ لى أن أمارس حرية الرفض ، فليس لإنسان أن يعترض دون محاولة جادة ومتصلة لدراسة المجال الذى يعترض عليه ، وليس لمبتدئ أن يقول « لا » قبل أن يمارس الاتقان بالألم والصبر حتى فى مجال تحصيل الحاصل . . ولكن

الخوف كله من أن تقلب هذه المحاولة المبدئية الى مصير، وأن يصبح هذا الطريق السهل الجدول ذو النتائج السريعة هو الوسيلة والغاية معا ، لقد أيقنت تماما أن هذا الطريق - بوضعه الحالي وفي مجال اختصاصي - لا يوصل . . أو على الأقل لن يوصلني أنا ، بل إنه خطر لي أن الباحث الناشئ متى ما حفظ الطريقة استسهل تكرارها ، فيجسب بذلك عقله داخل أساليب مكررة ويكتفى بظهور اسمه مطبوعا ويا حبذا لو كان ذلك في مجلة من المجلات « الأجنبية » فيهدأ ، وتتلاشى قدرته على الرفض أمام المكاسب النظرية ، وتصدأ قدرته على الخلق والابتكار ، ثم هو لا محالة بعد أن يصعد قليلا على السلم الوظيفي المرتبط عادة بالمكانة العلمية - سوف يقوم بالمهجوم على الخلق والابتكار بدوره .

صعوبات خاصة بالطب النفسي :

وإذا كانت هذه الصعوبات عامة فإن البحث في مجال الطب النفسي له صعوباته الخاصة ، فالعلوم النفسية من أرق العلوم جميعاً وأضعفها كذلك ، أرقاها تطورياً وأضعفها منهجياً ، وقد حاولت وتحاول جادة مستمرة أن تدخل العمل ، وكنت من أشد المتحمسين لهذه الفكرة وأنا أكتب كتاباً مشتركاً عن « علم النفس تحت المجهر » وما زلت أرى ذلك الرأي ولكن بتحويل جوهرى يحمله خطوة واحدة على الطريق ، ذلك أن دخول علم النفس إلى العمل الاكلينيكي يضيف حقائق قصصية هامة وخطيرة ستسمح للفكر الخلاق أن يخطو خطوة جديدة على طريق فهم الانسان ، ولكن النتائج العملية ينبغي ألا تكون بديلاً عن الفكر الجديد . . والفرض الخصب .

هذه مسألة أخرى من المسلمات البديهية التي أشك في مدى إدراك الأهمية

ولعل أعظم ما أخصب فكري في فهم الأمراض النفسية هي الابحاث

المتعلقة بالعقاير وآثارها ، وكذلك الملاحظات المأخوذة (دون حاجة الى عينة ضابطة !!) من البحث التحليلي الإكثيفي للمرضى أثناء العلاج النفسى أو للاطفال أثناء النمو ، والاثنان على طرفى نقيض فكرة وأسلوب ، ولكن الحل الذى اهتمت إليه كان بفضل هذه الملاحظات المقتنة من ناحية ، والأمانة من ناحية أخرى ..

إذا فالعمل وهو مجال البحث الأول هو أيضا المكان الذى يمكن أن يتكرر فيه الجود وتسرب منه الأمانة ، ولا يعنى الهجوم على أسلوب معين فى بلدنام أن أحطم أساسيات البحث جميعا ، لأن المشاهدات الجزئية - على شرط أن تكون أمانة أمانة مطلقة هى النذاء الاسامى لولادة الفكرة الخلاقة ، ولكنى شخصياً لم أنجح فى اتباع أسلوب المشاهدة العمياء المقتنة ، بل إن مشاهدات غيرى التى أفرزها فى الأبحاث المضبوطة ، تدخل على بطريقة أخرى غير ما قصد كاتبها .

ولأضرب مثلاً بسيطاً لذلك ، فإن الاكتئاب الذى ينشأ من استعمال المهدئات العظيمة من فصيلة الفينوثيازين وُصف فى مئات الابحاث على أنه من مضاعفات هذه العقاقير ، وتبادى هذه الابحاث فى القول أنه إذا ظهر هذا الاكتئاب فانه ينصح بوقف العقار ، حتى فى حالات القصاص التى يعطى فيها هذا العقار أساساً .

هذه ملاحظة أمانة قول « إن استعمال عقار الفينوثيازين فى القصاص يظهر اكتئاباً فى بعض الاحيان ، وإثبات هذه الملاحظة بهذا الوضوح والتحديد يتحفظ بمحققة علمية هادية ، إذ أنى حين تثبت لهذه الملاحظة وتابعتها بدقة أكثر ثبت لى أن الاكتئاب هو خطوة تحسن وليست مضاعفة لعقار ، لأن تفسيرى له اختلف تماماً .. لقد أصبحت أعتبر ظهور الاكتئاب من علامات التحسن على طريق

الشفاء ، وقد رأيت أن التفسيرات الكيميائية التي وضعت لتفسير هذا الأكتئاب قاصرة كذلك ، لأن فهم الظاهرة ينبغي أن يتم في إطار التوحيد بين الكيمياء والطبيعة والعلاوة .لديناية بين مختلف المستويات على سلم التطور الانساني . .
وأمنع نفسي عن المضي في التفاصيل لأقول :

إن رفقي لهذه الابحاث والملاحظات لايعني إمكان الاستغناء عنها ، وإنما يعنى قصورى شخصيا عن القيام بها بالطريقة المحلية المتبعة ، بل إن ظروف إجرائها هنا لجرد إقناع لجان البحث أو قبولها للبشر يضعف من قيمتها أكثر ، وإنما كل مايعنينى في هذا المجال أن تسجل المشاهدات تفصيلا في جو من الأمانة
ليس فيه شبهة .

فاذا اطمان مفكر إلى هذه الحقائق المسجلة من كل مصدر فإنه يستطيع أن يأخذ نفس النتائج فرما وجد لها تفسيرا وتحقيقا لفرض آخر يحل مشكلة عامة ، وليس ضروريا عليه أن يعيد إجرائها بل هو ينطلق منها بتفسير جديد نحو تحقيق جديد ، يقوم به هو أو غيره . . وهكذا يسير البحث ويتقدم العلم ، ولا يقل دور المفكر صاحب الفرض عن المشاهد القاسم بالتشغيل بل إنه يفوقه بمراحل ، ولكن طريقة التقييم عندنا قلب هذه الاوضاع رأسا على عقب .

الصدفة والاثبات :

لا بد لكي تذكر ملاحظة علمية وتستنتج ارتباطها بمسبب بذاته أن تثبت أن هذه الملاحظة لم تحدث بمحض الصدفة ، ولكن أصعب الامور في الطب النفسى والممارسة الاكلينيكية هى هذا الاثبات ، وقد حاولت أن أثبت ذلك بشئ الطرق المعروفة وفشلت في كل مرة قريبا .

حاولت أن أقنع قسى بحدوى عمل عينة ضابطة ووجدت أنه يستحيل على أ
أن أجد شخصين متماثلين لأفأرن بينها مقارنة مصبوبة .

وحاولت أن أفأرن المرض بنفسه وكانت الأمور دائمة التعقيد لأن المريض
يتغير فى كل لحظة ومقارنته بنفسه على مدى الزمن يهمل - بدرجة ما - العوامل
التي تطرأ عليه أثناء مرور الزمن .

وحاولت أن أعطى أفرصاً ليست ذات مفعول بدل الأفرص النعالة ،
وكنت أشاهد فشل التجربة بعد أيام حين ينتبه المرضى والمرضى والأطباء إلى
أن لا يض لا يأخذ علاجاً وتصير نكته حين آتأدى فى إخفاء اسم العقار ونوعه .

كل ذلك القشل جعلنى غير مقتنع بأى بحث من هذه البحوث وأى طريقة
من هذه الطرق ، ورغم ذلك قد كنت أصر على تسجيل الملاحظات جميعها
ولكن السؤال يستمر بلا جواب « كيف ثبت أنها ليست المصادفة ؟ » وأكاد
أقسم على أن ذلك غير ممكن ، ولكن لا فائدة ..

وكنت أشعر أن حرية الفكر والصدق الشخصى هما البرهان الوحيد الذى
يمكن أن أؤدعه ..

إلا أن حرية الفكر والصدق الشخصى يتصورهما كل مخلوق سواء فى
البحث العلمى أو فى العلاقات الزوجية أو فى السياسة ، وما أبعد ذلك فى معظم
الأحيان عن الحرية والصدق !!

وتزداد حيرتى .. كالمادة ...

البحث العلمى فى الممارسة الاكلينيكية :

من حيث لا أؤدرى كنت أقوم فى ممارستى الاكلينيكية بنوع من البحث

العلمي غير المقنن ... حيث يعتبر كل مريض مشكلة قائمة بذاتها ، يوضع لها
القرص العلاجي القابل للتصديق ، ثم يعطى العلاج - بغض النظر عن نوعه -
وتتبع النتائج التي ما هي إلا تقييم ما اتخذ من إجراءات علاجية وهكذا ،
وبذلك أجرى بالرغم من كل يوم عشرات الأبحاث التي تتضمن - المشكلة
القرص - التنويرات - للمشاهدة - الاستنتاج ، وتدخل هذه الخبرة إلى
خلاياي دون أن أدري لتسمى عندى الحدس الذي يسمى « الشعور الاكلينيكي »
Clinical Sense ، وحين كنت أحاول أن أقلب هذه الملاحظات الإكلينيكية
إلى تجارب مقننة كنت أحس أني أقوم بتشويه خبرة فنية بأساليب لا تمت لها
بصلة ... ومع ذلك كانت تستمر التجارب وتخرج النتائج ... ومهما كانت
النتائج مقننة إلا أنها دائما أقل من إحساسى بواقع التجربة ..

وكنت دائما أقر وأعترف أنه ليس في الإمكان لغة أخرى للتفاهم مع
الآخرين .. فما أحس به وأتمسك له أنا .. قد لا يعنى شيئا عند آخر ، وهذا
تصور لا أعرف له حلا ، ولا أخال أن أى إنسان حر صادق يعرف له حلا إلا
أن يسلك مسلك المتصوفة ليتحدث لغة خاصة مع من يفهمه فحسب ، وأنا لا
أهاجم هذا الطريق بل إن كل ما آخذ عليه هو أنه لغة القلة .. أو الندرة ..

وأهم ما صحح فهمى واستنتجى هو فشل ، وقد أيقنت أنه في كل مجال
بما في ذلك بحوث تقويم المعاقير لا تهم العينة الضابطة والمعاملات الاحصائية
بقدر ما يهم تسجيل الملاحظات بالنسبة لكل حالة ، وطرح التساؤلات بالنسبة
لكل فشل ، إن مجرد هذا التسجيل يتيح للمارس ثراء علميا ضخما وفرصة
للمراجعة ، كما يتيح للآخرين ممن نتاح لهم الفرصة للاطلاع على هذا التسجيل
الأمين أن يعيدوا النظر وبالتالي يراجعوا تسجيلاتهم ويقارنوها ببعضها البعض ومن

أهم الملاحظات التي أفادتني أكثر من أى بحث مقنن هو ما سجله المرضى أنفسهم عن تطورات حالتهم بالعلاج أو بدونه ، وقد كانت هذه المذكرات الخاصة مصدرًا هامًا للعلم في مجال الطب النفسى طول تاريخه ، فالجميع يعرف حالة « دكتور شريبر » التي تعلم منها فرويد القسام والاضلال ، كما أن كتابا بأكمله ما زال مرجعًا أساسيًا في علم السيكوباتولوجيا منذ سنة ١٩٢٣ حتى الآن وهو كتاب « ياسبرز » قد بنى جزء كبير منه على ملاحظات المرضى عن أنفسهم .

واسكن هذه التسجيلات جميعًا . بلغة البحث العلمى في مجالى وما يمارس منه لنرض الترقى ليس لها قيمة ، أو على الأكثر ، فإن قيمتها يسمونها « وصف حالة » بالرغم من أن هذه الحالة قد تكون فاصلة في إيضاح فكرة واحدة قد تطبق على نوع كامل من الأمراض ، وما زلت أذكر ما كتبه للرحوم الفنان كمال خليفة عن حالته - وقد صاحبه في أزمنة سنوات - فيما يقع في أكثر من ستة عشر ألف صفحة أمل أن أقرغ لها يوما ، وقد تصورت أنى لوعكفت على دراستها خمس سنوات مثلاً فأفهمها - بون الله ! - لن تعتبر بحثاً ، في حين أن قياس الضغط والنبض يومياً تحت تأثير حقنة ما لمدة أسبوع سيعطى جداول ونتائج تبهّر اللجان وترضيهم ! ! !

المعمل الشرطى :

وحين كنت في مهمتى العلمية في فرنسا حاولت أن أشاهد وأشاهد أكثر ما أعمل وأمارس وكانت فرصتى ضخمة حيث التقيت بمخدمة مكتشف عقار اللارجا كتييل الأستاذ د . « ديليه » وأتيحت لى الفرصة لمشاهدة معمل السيكوفارما كولوجى التابعة له وللأستاذ د . « دينيكير » حيث أيقنت أن أى محاولة كيميائية تجريها في بلدنا بالسحاحة والمآصة ! ! في مجال الطب النفسى هى مضية للوقت

ليس إلا ، وأتينا ينبغي أن نكف على متابعة ما يجرى من أبحاث في هذا المجال في العامل المهيئة لذلك ، وأن نهمر جهدنا على التطبيق والتسجيل الأمين لنوع مرضانا وطريقة شكواهم ومختلف استجاباتهم .

وقد حاولت - هناك - أن أعرف كل نشاطات البحث المتاحة ، وكان من أكبر للعامل التي جذبت انتباهي معملا لإجراء تجارب الارتباط الشرطي على الإنسان يتبع الأستاذ د . بيشو وتقوم على مسئوليته آتسة متقدمة في العمر تتصف بالدقة والأمانة والحماس ، كما تتصف بالجفاف العاطفي والتعصب العلمي كذلك ، وذهبت إليها ورأيت العجب ، فقد كان الجزاء الذي يعطى للإنسان تحت التجربة على كل استجابة صحيحة هو « ملبسة » تماما مثل القط أو القرد الذي يضبط على مؤثر فيحصل على كرة صغيرة يلعب بها أو قطعة من السمك أوحبات من القول السوداني ، وجزعت أن العلم وعمل إلى هذه المرحلة ، أهذا هو الإنسان ؟

وقلت لها : وهل يدخل عامل الذكاء والتعاون في الاعتبار ، قالت ليس مباشرة ، لأن كل إنسان يمكن أن يكون صالحا للتجربة ، وقلت لها أني أريد أن يجرى على الاختبار باعتباري من الينسة الضابطة ، وبدأت التجربة على أنا شخصيا وطوال ساعات يرن الجرس ، ويمر تيار الهواء البارد على عيني فأغضضها ثم يصدر أزيز رفيع إلى آخر ذلك من مؤثرات محسوبة ، وأنا أفعل في كل مرة ما يحلولى وذلك ما حذرتها منه من أول الأمر ، وقد فشلت التجربة وقالت لي « أنت صعب » وقلت لها أني قصدت العناد ... وأنها ينبغي أن تضع ذلك في الاعتبار وواقفتي بالأمانة العلمية اللازمة .

ولكنى طوال التجربة كنت أخجل من أن يمرنا انبهارنا بالعلوم الأدنى كالكيمياء والطبيعة ، واحترامنا لنتائجها التى غيرت وتغير شكل حياتنا ، إلى وضع الانسان فى قفص ، يضبط فيه على مؤشر فتخرج « ملبسة » ... لا أظن أن هذا هو البحث العلمى الذى سيوصل ...

وأنا لا أفقد هنا الارتباط الشرطى كعامل أساسى فى تكوين سلوك الانسان وفى تعلم اللغة وفى الصحة وفى المرض ، ولكنى أعرض كيف يمكن أن يكون شكل البحث العلمى لظاهرة صحيحة متواضعا ، وأكاد أقول وضيعا ، فليس معنى أن يكون الارتباط الشرطى ظاهرة مشتركة بين الحيوان والانسان أن تصبح الطريقة فى الاثنين واحدة ... إن الأساس واحد ولكن التطبيق يختلف نوعيا وجوهريا .

وقد حاولت باستمرار أن أحضر « اجتماع الباحثين » كل يوم أربع مع الأستاذ الدكتور يشو ، وكان اجتماعا غنيا بكل أصناف البحوث من أول تحليل اللغة فى كلام المرضى تحليلا تفصيليا حتى الدراسة الاحصائية الحسائية للسلوك .

الحيوان والانسان .

وقد أيقنت تماما استحالة تطبيق التجارب للتشابهة على الحيوان مثل تطبيقها على الانسان ، كما نأكدت أن أى تعميم يخرج من معامل أبحاث الحيوان للانسان هو تعميم يبنى أن يؤخذ بالحذر التام ، فالانسان يمثل مرحلة من التطور لم يصل إليها الحيوان (وإن كان بدوره ربما يتطور فى طريق آخر) ، وعندى أن الذهان الوظيقي هو مشكلة من المشاكل الخاصة بالتطور

الإنسانى ، وهذا هو اهتمامى الأول ، وقد أورد « ياسبرز » أنه لاجنون الموس والاكتئاب ولا القصام قد وصفا فى الحيوانات إطلاقا ، فكيف بعد ذلك نسم نتائج الحيوان على الإنسان ..

بل إن تصورى لجنون الموس والاكتئاب والقصام هو أنهما نتيجة للصراع بين الانسان والحيوان فى داخل الانسان ، فهما من صور القشل التطورى ، فكيف أنهم هذا الصراع الذى هو أساسا بين إنسان وحيوان حيث لا يوجد إنسان يتصارع فى معمل يجرى تجاربه على الحيوان فقط .

ونحن فرح بالنتائج العملية على الحيوان لأنها سهلة ومقننة ويمكن إعادتها والحقق منها ، وهى قد تهدينا إلى تفاعل كيميائى أو ظاهرة كهربية ، ولكنها لا يمكن أن تحمل مشكلة فهم الإنسان وخاصة فى مجال الطب النفسى واضطراباته المتشابكة المقدمة ..

كما أن النتائج الكيميائية على الخلايا، وعلى جدارها، وعلى الحاجز بين الدم والمخ، وعلى نفاذ مادة كيميائية دون الأخرى، كل هذه نتائج هادية تنير جزء من مائة من الحقيقة ولكنها ليست الحقيقة ، وكثيرا ما سمعنا عن بحث على أثبت أن العقار كذا يعمل بالطريقة كذا ، وبتشكيرنا البسيط نأخذ هذه الحقيقة ونسمها وتصور أن حل مشكلة الإنسان سيأتى من دراسة الخلية وحدها، وكنت أرفض كل هذا المنطق مع إصرارى على تجميع الحقائق ووضع الفروض المتتالية دون الجزم بنتائج نهائية فى مراحل قصورتا العلمى الحالى ، وهذا لا يسينا فى كثير أو قليل بل هو يهديننا إلى مواصلة التفكير والتدبر فيها هرا وفيما نفعل .

الانفاذ والشعر :

على أن ذلك كله لم يحملني أكثر بمبدأ البحث العلمي بل جعلني أتمسك به أكثر ، على شرط ألا يعطى الأدنى على الأعلى

ودعنا نقابل مراحل البحث بمراحل تطور اللغة مثلاً :

تعلم الحروف والأصوات مقابل جمع المشاهدات الأساسية التي يُجمع في حقول البحث العلمي .

والمرتبة التالية هي تعلم الكلمات ذات المعنى .. وهي قابل الاستنتاجات البسيطة من المشاهدات .

والمرتبة الأعلى هي صياغة هذه الكلمات في كلام مفيد رصين أعلى درجته الشعر ، وهذا ما يقابل مرتبة القرض الخصب والإلهام العلمي .

وكل مرتبة أعلى ترتبط بالمرتبة الأدنى ولا تستغنى عنها ، فلا يمكن أن يكون الكلام مفيداً دون أنفاذ ذات معنى ، ولا يمكن أن يقول الشاعر الشعر دون رؤية ثنوية وقدرة طلاقية خاصة ، كذلك الحال في البحث العلمي لا يمكن أن يهبط الوحي العلمي دون مشاهدات مقننة متنوعة وقدرة على استعمال هذه المشاهدات والتوفيق بينها في كل جديد .

ولكن .. إذا طُلت مرحلة تعلم الحروف والأنفاذ على ما يليها ، فإن الإنسان لن يفيد إطلاقاً من تعلمها مهما بلغ عددها ، وهذا ما يحدث عندنا للأسف وينميه ويؤكدده طريقة تمهيننا للأبحاث ، فأننا نكتفي بالحروف والأصوات

عن الكلام المفيد فضلا عن الشعر ، وذلك لأننا نقيم البحث العلمى بكىة الحروف التى أظهرها هذا البحث أو عدد الكلمات ، ونهمل مقالا قد يحوى فرضا خصبا أو نظرية متكاملة .

وكأننا نفضل ألف كلمة مما نسيه عند المتدهورين من المرضى النفسين « سلطة كلام » على بيت شعر واحد .

إن الألفاظ لازمة لكتابة اللغة ، وأرقى مراحل التعبير هو الشعر .

وكذلك المشاهدات لازمة للمعرفة العلمية ، وأرقى مراحل البحث العلمى هو الوعى العلمى الجديد .

وكأن التوقف عند مرحلة تعلم الألفاظ هو نوع من « سلطة الكلام » غير الصالحة للتفاهم ، كذلك التوقف عند للملاحظات والمشاهدات نوع من « سلطة المعلومات » .

وقد تصورت أن كل باحث عليه أن يعى تماما ماسبق من معلومات وأن يلم بما كان من أبحاث ، وأن يحاول ما أمكن من محاولات، وأن يتقن كل الطرق السائدة الممكنة، ثم بعد ذلك يقف وقفة طويلة يناقش نفسه فى كل ما كان، ويحاول أن ينسأ كله حتى يختلط بذاته .. ثم يقبل فى مرحلة جديدة كل الجدة إلى مجال البحث بصدق وأمانة ، غير مرتبط بفكرة الترقى إلى درجة أعلى أو التوقى من منافس يحذى استعمال الألفاظ دون المسأى ، وتذكرت فى مقابلتى التى اصطنعتها بين البحث العلمى وقرض الشعر أن هذا هو الأسلوب الذى كان يتبع للشعراء المبتدئين وأعلن قصة أبى نواس الشهيرة هى أوضح مثال لذلك، حيث ذهب يتلمذ على خلف الأحمر وبعد أن لازمه حوالى العام ، استأذنه فى نظم الشعر فقال له « لا

أذن لك إلا أن تحفظ ألف مقطوع للعرب ما بين أرجوزة وقصيدة ومقطوعة ،
فتاب عنه فترة طويلة وجاء لينشده ما حفظه فسأله : كم حفظت ؟ فقال : ألف
مقطوع فقال أنشدها ، فأنشدها في عدة أيام ، وسأله أن يأذن له في نظم الشعر
قال : لا أذن لك إلا أن تنسى الأشعار كلها ، فقال له : هذا أمر يكاد يكون
مستحيلاً فقد أتت حفظها ، فقال : لا أذن لك حتى تنساها ، فذهب إلى بعض
الأديرة وغلّى لنفسه واستغرق حتى نسى الشكل والصورة واللفظ ولم يبق في
خاطره إلا الجوهر والمعنى ، وجاء إلى خاف يقول له : لقد نسيتها حتى كفى لم
أحفظها ، قال : الآن أنظم الشعر .

هذه القصة رغم ما فيها من مبالغات تشير إلى ما أقصد إليه من أنه على
الباحث أن يعرف ويحقق كل ما هو قائم ، ثم ينسى كل ذلك ويبعد النظر في نفسه
بأمانة العلماء وتحت إشراف الأساتذة الثوار ، ثم يعود إلى العمل يستلهم
الوحى ... وإلا فالمسألة تكرار وجود بلا طائل .

إذا فإن المعلومات والملاحظات لازمة لزوم الثروة اللفظية والمعاني التي حفظها
أبو نواس ولكن حتى نصنع شيئاً من هذه المعلومات ، يلزم أن نمر
فترة حضنة واحتواء ، ثم فترة تفتش نفسى عنيف ، وأن نتصف باستعداد
حضارى ضخم ، ومقدار هائل من القلق والرفض والحب ، ونوعية متطورة
التواجد الإنسانى ، وفكر حى لا يخاف وأن يتم كل هذا في بيئة علمية متقدمة .

وليست هذه الصفات من الأشياء التي تقابلها كل يوم في أى مكان ، ولكن
ينبنى أن تكون وظيفة معامل الأبحاث الأولى في بلد مثل بلدنا هذا هي تقريب
هذه القدرات وتنميتها ، لأنه إذا زاد عدد الذين يتمتعون بها ، زاد احتمال

الصحة العلمية التطورية ، وأصبح الأمل في أن يفيد اللفظ معنى أملا قريبا ، وبعد أن يصبح اللفظ معنى يصبح قول الشر محتملا ، أى يصبح الوحي العلمى على الأبواب .

وعندنا في الطب النفسى نتحدث عن أول أعراض التدهور العقلى وهى أن يفقد اللفظ معناه ، وأعلن أن هذا هو نفس الأمر في التدهور الحضارى ، لذلك فإني أرى التوقف عند الأبحاث الجافة والملاحظات العمياء مثل اللفظ الذى أفرغ من معناه وخاصة إذا اتجه التقيويم إلى إهمال المعنى وانصرف إلى عد الحروف فى الألفاظ .

والخطر كله يكمن فى تشويه الجيل الجديد الذى يدخل العمل لأول مرة ، لأن النظام الخالى يحمله يظن أن مرحلة إقناع نطق الألفاظ بدون معنى هى بديل عن اللغة المتكاملة ، بل هى أفضل من اللغة المتكاملة ... وهذا نتيجة ربط الترقى بكيفية الأبحاث .

والخطر الآخر كبريائى من تقدير البحث العلمى بقرار اللجان وليس بقيمته فى تطور الانسان .

والخطر الأخير يأتى من تصور الناس أن ما جرى من أبحاث لا يأتيتها الباطل من بين يديها ولا من خلفها .



وفى البيئة العلمية المختصة المتواضعة التى نشأت فيها ، وفى الوقت القصير الذى مارست فيه البحث العلمى ، وبين طينان الألفاظ على المائى ما كان يحق لى - ولا يمكن أن - أمور .

ولكن الذى « ذاق » يعرف أن هذا أمر لا يرتبط بالحق ولا بالإمكان
فهو غالبا ما يحدث بالرغم من الإنسان وليس نتيجة مباشرة لسيئه ، وقد حدث ..
وما على إلا أن أعترف به .

ولا مانع أن أشك فيه .

ولكن هذا ما كان .



عل أنى كنت أراجع نفسى دائما فأجد - كما ألفت سابقا - أن جنود هذه
الأخطاء المتراكمة ترجع إلى طريقتنا فى الحياة ، وأسلوبنا فى التفكير الذى نرى
وترعرع فى جو تعليمى عتيق ، ربما كان مثاله الصارخ هو تعليم الطب .

الفصل الرابع

في التعليم الطبي

« الرجل المتعلم ، هو ذلك
الكمول الذي يقتل الوقت
بالدراسة ، حذار من معلوماته
الزائفة لأنها أخطر من الجهل »

برنارد شو

قال لى ابني الأكبر (عشر سنوات) وهو يحاورنى « لماذا يفعل الناس هكذا ؟ » قلت له « هكذا ... ماذا ؟ » قال « يدخلون أولادهم المدارس دون أن يعرفوا لذلك هدفاً محدداً ؟ » قلت « كيف ؟ » قال « مصطفي (أخوه) مثلاً أو حازم (ابن عمته) دخلا المدرسة هذا العام دون أدنى فكرة عند الأهل إذا كانوا قد دخلا ليتعلما أو ليتقنفا أو ليتوظفا » قلت له « إذاً لماذا أدخلوها ؟ » قال « يبدو لى أن الأولاد يدخلون المدارس لجرد أن سنهم قد وصل إلى سن المدارس دون تفكير فى أى شىء آخر »

وقلت « صدقت »

وتسببت منه ومنى ، وأشقت عليه إذ بدأ طريق « لماذا ؟ » فى هذه السن وتساءلت متى بدأت طريق الحيرة، وحاولت أن أتذكر فوجدتها طريقاً بلا بداية، ووجدت أن حيرة ابني مع التعليم وطريقة تفكير الوالدين هى نفس حيرتى مع التعليم الطبى وفكر المسئولين عنه ، إذ لم أجد جواباً أبداً عن تساؤلاتى « لماذا يدرس الطلبة هذا العلم دون ذاك ، وبهذه الطريقة دون تلك ؟ » وكان الجواب دائماً أن الطالب يدرس المقرر ، والمفروض هو المقرر ، وهو مفروض منذ مائه سنة أو تريد لا يتغير قريباً .

القصة من أولها :

منذ دخلت كلية الطب - وقد فلتت ذلك بحكم العادة - وأنا أنساءل « لماذا » فى نفس الوقت الذى أمارس فيه عملية الحشو العلمى التى يسمونها التعليم ، أحشر فى غنى معلومات جافة ، واقفاًها على ورق أبيض آخر العام ، ثم أدخل امتحانات شفهية غير مقننة تتوقف على مزاج الممتحن الذى يتوقف بالتالى على قهوة الصباح ورضا السيدة حرمة ذلك اليوم - أكثر من توقعها على

ما يحويه عقل الطالب ، وقد كانت دائماً سمات شخصية المتحن ودرجة يقظة ضميره أهم من حافظة الطالب ودرجة استيعابه في تقييم الموقف وتحديد درجة الامتحان الشفهي ، وقد اجتزت كل هذه الامتحانات بفضل الدم القلاحي الذي يجري في عروقي أكثر من فضل للمعلومات التي انحسرت داخل عقلي ، ولم أفسل مرة واحدة طوال حياتي في أن أحصل على شهادة ما ، ومن أول مرة ، رغم أني لم أستلم شهادة مزركشة في حياتي إلا شهادة دبلوم الأمراض الباطنية حيث اضطررت لحضور حفل تسليمها حينذاك ، أما ما قبلها وما بعدها من شهادات مزركشة فلم ترها عيني أبداً ، ومع هذا فقد كنت أحس دائماً أن الشهادة ضرورة لازمة ، إذ لا بد من ورقة ، وبجاء ، ومركز ، حتى أستطيع أن أكتب هذا الكلام الذي أكتبه الآن ليصل إلى الآذان والقلوب التي أريد لها أن تهيق من غفوتها ، فلو أني لم أحصل على هذه الدرجات والوظائف لقالوا طالب فاشل أو طبيب حاقق ينفس عن شعوره بالنقص ، أما وقد أصبحت ما أصبحت فقد صار من حق بل من واجبي أن أقول « لا » .

لا ... ليس هذا نظام لتعليم الطب ولا لتعليم أي شيء ، فهذا تكرار لأسلوب ! كاد أقول قد فشل فعلاً إذ هو يهتم بكم المعلومات دون جدواها وفاعليتها وهو يهتم بما بين دفتي الكتاب أكثر مما يهتم بما بين جوانب المريض .

ونظام التعليم بصفة عامة لا يتيح انتقال الخبرة من إنسان لإنسان ، وإنما قد يتيح حفظ المعلومات بنض النظر عن أهميتها ؛ وكأن الإنسان مخزن لحفظ الأشياء أو مبردا (فريجيدير) وليس مصنعاً لصنع الجديد ، وكأن المعلومات التي تدخل إنما يحفظ بها في خلايا مثلما تمحفظ بها على شريط تسجيل أو في صفحات كتاب ، وتستدعى حين الطلب ولكن شريط التسجيل وصفحات الكتاب أكثر أمانة ودقة في هذا السبيل ، إذ أن عقل الإنسان يستعمل لأغراض لا

يصلح لها أو على الأقل لا يقتصر عليها وحدها ، ولذلك فهو سرعان ما يلفظ هذه المعلومات أو تصدأ بمرور الزمن ولا يتبقى لديه إلا للمعلومات البسيطة المستعملة ، وما أقلها بالمقارنة بما حشر في رأسه من معلومات طوال سني دراسته .

وفي الطب خاصة تسقط هذه الوسيلة الحفظية سقوطا شديدا ، لأنه إذا كان الطب حرفة فلا بد من وجود نظام « المعلم ... والصبي » ، وإذا كان الطب عقيدة أو إيمان فلا بد من نظام « الشيخ . . والمريد » ، وإنما واقع دراسة الطب قول أنه لا يوجد صبيان ولا مشايخ وإنما مكن وكتب ، وحتى في التعليم الأعلى والتخصص الدقيق حيث « النائب » صبي « الأستاذ » اقطعت العلاقة بينها في كثير من الأحوال ، وأصبح انكباب « النائب » على الحصول على الدبلوم من ناحية ، وانشغال الأستاذ بالاشرف على الأبحاث من ناحية أخرى هو شغل الاثنين الشاغل ، أما أين العلاقة العاطفية ، وأين « شغل المعلم لابنه » فقد توارى خلف الأرقام الاحصائية والعمل الروتيني بكل أسف .

ودراسة الطب تبدأ بسنة في كلية العلوم تعيد فيها ما درسناه في الثانوية العامة ناقصا في بعض الأجزاء ومفصلا في أجزاء أخرى وتسمى السنة الاعدادية ، وطالما تساءلت أثناءها وبمدها لماذا أضاعوا هذه السنة من عمرى ، فتمتد أنتهيت منها لم يبق في مخي شيء مما درسناه فيها ، وإضاعتها تم على حساب إطالة المدة الدراسية ، وعلى حساب التدريب العملي والاكليينكي في المستشفى ، ومهما قلت وكررت في هذا الأمر فإنهم يتسكون بأن العلوم الأساسية هي الأساس ، وهذه حقيقة ولكن أساس ماذا ؟ فلنحدد الهدف أولا ثم نرسم الأساس على قدر ما نريد الوصول إليه ، وتشكر القصة بطريقة مخففة في السنتين الأولى والثانية فالطالب يفرق في بحر من التفاصيل ويعرف مسار أدق الشرايين وفروع

الأعصاب وحتى طبقات « الشفت » أو « الفاشيا » ، وكأنه يدرس التشريح للتشريح وليس التشريح للطب ، وقد عانيت من ذلك كله ما عانيت ، ولكن « فلجى » ونضجى (١) أجل ثورتى حتى أكتسب مؤهلات الثورة ، ولو رفض عقلى حينذاك هذا النحو من البداية ما توصلت لكتابة هذا الكتاب أو غيره أبدا ، وقد كنت أتحمل على نفسى بشئ الطرق حتى لا ترفضه ابتداءً فينهار كل شئ قبل الأوان ، وألجأ إلى التلخيص تارة وإلى التنكيث أخرى حتى أفسح مجالا بين خلايا مخى لاستقبال هذا الكم الهائل من الألفاظ الجوفاء ، ولو بصفة مؤقتة حتى يمر الامتحان ، وقد كانت ترضى هذه المعلومات بالإقامة المؤقتة داخل تجاعيد مخى ثم تلفظ في أول فرصة بعد الامتحان ، وأذكر ذات مرة وكنت فى السنة الثانية أن هاجمونا قرب آخر العام بكتابين فى فرعين من فروع مادة « الفسيولوجى » ولم يكن هناك وقت كاف لاستيعابها وكان واحد منهم فى العضل والأعصاب والآخر فى الحواس الخاصة ، وارتبكت ، وعبثاً حاولت أن أصفها بظاهر عقلى ، وأخيرا اعتديت أن أتحايل على عقلى بأن أعمل موجزاً على طريقة الكتب الصفراء ما زلت محتفظاً بهما حتى الآن أضحك كلما شاهدتها وأنا أقلب مكتبتى واسمها ، عجيب فى الطب أوردته هنا لاظهر مدى تحايلى على نفسى فقد سميت الأول « مفرح الأحباب . . . فى العضل والأعصاب » والثانى « آخر همسة . . فى الحواس الخمسة » إشارة إلى الهجوم التدريسى فى آخر لحظة على عقولنا .

وكنت دائماً أقول ما أسخف كل هذا .

ويستمر السخف في السنين التالية ، وفي السنة الرابعة والخامسة يعرف الطالب عن الجثث في علم الطب الشرعي ، أكثر مما يعرف عن العواطف الانسانية الرقيقة في علم الطب النفسى - ولى عودة تفصيلية في هذا الموضوع .

وقد خرجت باضطباع محدد من كل هذا الطريق وهو « إن تدريس الطب بهذه الصورة عملية منظمة لتحويل إنسانية الطالب إلى آلية جهاز الضغط والترمومتر ، وكأنها طريقة منظمة لقتل كل الشاعر ، والقضاء على الفكر الانشأى والاتجاهات الابداعية لدى الانسان » .

إن التركيز على تفاصيل عروق أصابع القدم دون مشاعر الانسان المريض هو تشويه للانسان وتمويق للتطور ، وإذا استمر الحال على هذا المنوال فخلق بنا أن نخفف من غلوائنا في الحديث والدفاع عن المهنة الانسانية الأولى ، ونحن نسلبها كل ما فيها من إنسانية بطريقة التعليم أولاً ، ثم بالمسكاسب بعد ذلك .

الطب من الكتب :

وقد طنى في الطب التعليم النظرى على التعليم العملى والا كليونيكى طفيانا غلاً ، فنذ حل الكتاب محل الاتصال الشخصى العاطفى بين المعلم والصبي ، أو بين الشيخ والمريد ، تدهور مستوى الطبيب تدهوراً رهيباً .

والكتب بصفة عامة خطر على قارئها رغم أنها من أهم مصادر المعرفة في عصرنا الحاضر ، ولكنها ليست بديلة عن التعلم بالممارسة والنشاط ، وكما يقول برناردشو « النشاط هو الوسيلة الأولى للتعلم » ، وإن صدق هذا على أحد فانه يصدق علينا تماماً ، لأن تهديسنا للكلمة المطبوعة ينسبنا طريقة التعليم التلى بالنشاط والممارسة ، والانسان الحديث لا يستطيع أن يلم بكل ما تخرجه المطابع التى تتحفنا كل يوم بأكثر من ألف كتاب ، ولا سبيل أمامه إلا أن ينتقى ما يقرأ ، وأن

يوافق بين ما يحتاج وما يستطيع ، وأن يعمل ما يعلم ، ويعلم ما يعمل ، وبذلك يصبح وحدة فاعلة متكاملة ، أما أن نركز على تشويه طريقة التعليم وقيم الإنسان المتعلم بقدر ما يحمل عقله من معلومات فهذا تأخر لا يتناسب مع مرحلة تطورنا ، بل إن طريقة الدراسة الحالية والمخالفة في قيمة المكتوب يحمل خطر سجن عقولنا وراء السلمات والحقائق القديمة ، وهذا السبيل يحمل الكتب ضارة وليست بنير فائدة فحسب ، وقديما قال رالف إمرسون « الكتب خير الأشياء إذا أحسن استعمالها ، أما إذا أسئء فهي من شر الأمور ، ماهو الاستعمال الصحيح ؟ وما هو الغرض الوحيد الذى تهدف إليه كل الوسائل ؟ ليس للكتب غرض سوى الإلهام ، ولأنه خير لى ألا أرى كتابا من أن تضلنى جاذبيته عن مجال ضلالا مبينا ، أو أن أصبح تابعا بدلا من أكون صاحب رأى » .

إذا . . . فالكتب وسيلة لتوسيع المدارك ونقل للعرفه ليست رباطا يُلف حول التفكير الجدد ، وهى تنير الفكر وتنير الطريق ، ولكنها ينبغي أن تكون وسيلة تساعد وليس بديلا يعوق ، وتركيبنا بالذات يحبطنا نعيد الكلمة المطبوعة وكأنها صنم إله ، بل إننا قرأها بلا تحفظ ونأخذ كل فرض على أنه حقيقة ، وكل احتمال على أنه حتم ، وكل وجهة نظر على أنها قانون ، وننسى فى قراءتنا دائما العبارات السابقة واللاحقة للحقائق المحتملة التى تنزل بنا إلى أرض التواضع العلمى والحذر مثل عبارات « من المحتمل ... » ، « يبدو أن .. » ، « قد يكون ... » ، « ربما يشير هذا إلى ... » ، إلى آخر هذه العبارات التى تحدد قيمة المعلومات ، ولكننا نأخذ ما قرأ بطريقة الجزم والحتم والمبالغة وكأننا نهرب من محاولة التفكير ، إذ أنه لو كانت هذه « الملومة » ربما ، فما هو البديل ، أليس فى ذلك دعوة للتفكير ونحن بطريقة حياتنا وطريقة تعليمنا نشعر أن أخطر الخطر يأتينا من

التفكير الحر ، لذلك نلجأ إلى تضخيم المشاهدات التوضيلية ، لنحى عقولنا من التعرض لخطر الانطلاق الحر فى متاهات الفكر الطليق .

إذا . . . فالكتب بصفة عامة تحمل القائدة وتحمل الخطر معا ، ولا بد أن تعلم طريقة لقراءتها حتى نستفيد منها ، وهى بالتالى ، وخاصة فى الطب ، لن تنفى عن العلاقة بين العلم والمعلم ، وينبى أن تعلم كيف نقيم الكلمات ، وكيف نفهم ، وكيف نستوحى مما قرأ الإلهام ، وكيف تثير قدرتنا على الرفض ، وعلى الانتقاء ، يقول إمرسون مرة ثانية « فلكي تحسن القراءة يجب أن تكون منشئاً . . . » فهناك إذن قراءة منشئة . كما أن هناك كتابة منشئة ، وحينما يقوى العقل بالعمل والاختراع تصبح صفحة أى كتاب قرأ مضيئة بالاشارات العديدة وتضاعف دلالتى العبارة الواحدة . »

وكنى أفساد دائما ، لماذا أحاول أن أعمل ملخصات حتى للكتب السهلة الموجزة الواضحة ، بل إن الأمر كان قد يصل بى إلى أن يكون الملخص مطولاً عن الأصل ، المهم ألا يكون كتابا مطبوعا بل بخط يدي وأسلوبى ، وبالتالى أحرر من سجن اللفظ المفروض وأصاحب اللفظ الخاص بى ، وكأنى ذلك كاتب الكتاب وأصاحب المعلومات ، فتصالح بهذا أنا والكتاب وأسمح لهواء بأن يمكث فى ذهنى لمدة المقررة ، وحتى المحاضرات لم أكن أستطيع أن أتبعها أبداً فضلا عن أن أكتبها حتى كفتت عن حضورها تماما لدرجة أن زملائى كانوا يتندرون على قائلين أنى من « طلبة المنازل » ، لأن المحاضرات - فى إجمالها - كانت تقال بنفس طريقة الكتب بل كانت تصل إلى درجة الإملاء ، وما زلت حتى الآن وأنا أدرس لا أستطيع بأى صورة من الصور أن أملى محاضرة أو درسا ، وأعتقد أن هذا إهانة للمحاضر والمعلم معا . . . ، ولكن الطلبة تصر على الإملاء وعلى التدوين الحرفى ، وكأن الأستاذ قد أصبح من

شعراء الجاهلية ، وكأن الطلبة هم الرواة يحفظون عنه ما يقول عن ظهر قلب ، هو يقول وكأنه ينثر الدقائق والطالب يحمله بلا روح ولا نبض ولا هدف سوى الامتحان ، ويروى الرواة الشعر في الأسواق (الامتحانات) وتكرر التثنية كل عام .

وحين ظهرت الكتب المحلية للأساتذة المحليين، حلت إشكالات ضخمة مثل إعناء الأستاذ والطالب من عملية الاملاء وكذا التخلص من النقل الحرفي عن الخبرة الأجنبية ، ولكنها أنشأت إشكالا آخر وهو تعطيل ذهن الطالب عن التأليف بين المصادر والتوفيق والابتكار ، وأصبح الكتاب المقرر هو المصدر الأوحد للمعرفة ، وبذلك ضاعت على الطالب فرصة أن يجد ذاته الخاصة من وسط الكتب المتعددة . . وجعل الطالب يلتزم بالكتاب المقرر حرفياً ، بل بالجزء المقرر من الكتاب المقرر ، وإذا حدث أن قرأ - خطأ - جزءاً غير مقرر ، وعلم بعد ذلك أنه غير مقرر ، فإنك تراه يشد شعره أسفاً على ما كان ، ليس لمجرد أنه كان يستطيع أن يملأ وقته بالأكثر فائدة ، بل لأن شيئاً غير مقرر دخل عقله خلسة ، ويجهاد - لو استطاع - أن ينساه ، وكأن الله خلق عقولنا لمعلومات بذاتها لا يصح أن يزيد عنها خشية أن يمتلئ الخزن بما لا لزوم له ولا يبقى مكان للأهم ، وكأن العقل الانساني اقلب مخزننا للمعلومات ، وباليته مخزن محكم ، إذ أن محتوياته تسرب بفعل الزمن وعدم الاستعمال ، وننسى بذلك أو ننسى بذلك العمل الأساسي للعقل البشري وهو الابتكار والتجديد ونسى أن الكتب هي مجرد معين للذاكرة كما قال أفلاطون على لسان سقراط في فيدروس ، وننسى في تدريسنا أن للعقل وظيفة - غير كونه مخزناً - ينبغي أن تنسى على التفكير الانشائي ، وعلى المنطق المرتب وعلى النظرة الكلية ، ننسى ذلك لأننا نهمل ارتباط العلوم ببعضها بعضاً ، وننساها خوفاً من التفكير الحر .

الطب والفلسفة :

ومنذ قديم وأنا أرفض الانزلاق وراء الجزئيات على حساب الكل وأشعر أن هذه مشكلة الشاكل ، وقد انزلق الطب إلى التفاصيل على حساب المفهوم الكلي للعلم وللإنسان ، ومنذ أفضل الطب عن الفلسفة والناس تتصور أنه أصبح أكثر « علما » وأقل « لامنطقا » ، والحقيقة أن هذا الانفصال لا يعنى الاختلاف أو التضام وإن بدا كذلك لأول وهلة ، فالعلاقة بين العلم والفلسفة علاقة قائمة ومستمرة ، ولن أستطرد في الدعاوى التي تفصل بينهما، أو الأسانيد التي توفق بينهما، وإنما لا بد أن ندرك ونحن نراجع أنفسنا أن التفكير الفلسفي - بمعناه الحقيقي والحسابي - هو أصل العلوم ، وعلينا أن نرفض أن يكون مفهومنا عن الفلسفة هو الحديث فيما لا طائل وراءه مما يترتب عليه مانسه من البعض وهم يهتمون بعضهم البعض بالفلسف ، وقد اقترنت كلمة الفلسفة بالصعوبة أو السفسطة أو المباحثات النظرية التي لا جدوى منها، وكل ذلك خطأ شائع ، فليس أقدر على التفكير الفلسفي من العقل الحسابي ، وكثير من الفلاسفة قد اهتموا إلى حقائق علمية تتعلق بالمحسوسات قبل اكتشافها بسنين لمجرد اعتمادهم على التفكير المرتب ، والتقدير المضبوط والحساب الدقيق ، وعمانويل كانت، فيلسوف العصور الحديثة - كما يسميه أستاذنا العقاد - ، قدّر مكان السيارات الشمسية قبل تقدم التليسكوب لا اكتشافها وثبت صحة تقديراته تماما، فالعلاقة العلم الرياضي بالفلسفة علاقة قديمة، وأفلاطون يذكر في القوانين (٨١٨ ب) أن جميع المواطنين يجب أن يتعلموا العلم الرياضي أى الحساب والهندسة والفلك ، وهو الذي كتب على أكاديميته « من لم يكن مهندسا فلا يدخل علينا » .

إذا فالفكر المنطقي والفلسفي والحسابي أساس لأي تفكير علمي وينبغي أن تكون نميته أساسا لأي تعليم ومن ثم تقدم على ، وينبغي ألا نغفاه من صعوبته فنوجه اهتمامنا - هربا منه - إلى التفاصيل السهلة ، لأن التغلب على صعوبته سيذل بعد ذلك معرفة التفاصيل ، وطالب الطب الذي هو أذكى من طالب

الأدب - من واقع المجموع - لابد أنه أقدر على استيعاب أساسيات الفكر الفلسفي من طالب الأدب، ولا بد أن يكون تدريس أصول التفكير جادا وأساسيا لأنها القاعدة التي سترتب عليها كل شيء بعد ذلك فلا تؤخذ على أنها علم ثانوي يصلح أو لا يصلح ، وإن كانت قلة مشاهدات العلوم في قديم الزمان قد حالت دون التزاوج بين الطب والفلسفة ، فإنه قد آن الأوان بعد أن عمت المشاهدات وتضاعفت حتى كادت تتآلف في كل منسق ، أن نعيد النظر في ذلك الطلاق الذي تم في ظروف استثنائية ، قد رأى ابن سينا أن الفارق بين الطب والفلسفة ضخم فعلا في عهده ، فراه قد وضع للطبيب - في كتاب القانون - حدودا يجب ألا يتعداها إلى ما هو عمل الفلاسفة ، وقد كان منشأ ذلك قصور العلم وقلة المشاهدات كما ذكرنا ولكن التقدم جعل للعلم نظرة كلية يستطيع أن يدل عليها ويؤلف من جزئياته المتزايدة كيلا متناسقا ، وبذلك يعود التوفيق مرة ثانية بين الطب والفلسفة .

وبما أن كليات الطب تعد الطبيب ليتعامل مع الانسان ككل قبل أن يتقابل معه جزءا جزءا ، فقد أحسست دائما أن الاهتمام بدراسة الكل ينبغي أن يكون الأساس في تعليم الطب الذي مازال يهتم بالقرع دون الأصل ، وتنمية الحفظ دون تنمية قدرة الابتكار ، ودراة تركيب الخلية دون دراسة مفهوم الانسان ، ناسين في كل ذلك أن الطبيب سيعامل رجلا أو امرأة أو طفلا قبل أن يعامل إصبعًا ينزف أو كلية تنقلص .

فاذا كانت الفلسفة هي علم الكليات فإن الواجب أن تأخذ حظها في تنمية فكر الطالب وتوجيهه بدلاً من إضاعة وقته في تفاصيل قد لا تنفعه إلا بعد التخصص الدقيق .

وقد رأى هيبوقراط أهمية هذا التزاوج بين الطب والفلسفة ، ومجد من يستطيع

ذلك تمجيدا يقاربه من الآلهة حيث قال « إن ما يصلح للطب يصلح للفلسفة ، وما يصلح للفلسفة يصلح للطب ، وإن الطبيب القيلوف يساوى الآلهة »

وإني أكاد أوقن أن إهمال تدريس مبادئ الفلسفة وتنمية التفكير المنطقي يرجع إلى الاستسهال والليل إلى السلامة أولا وقبل كل شيء ، ومبدأ السلامة مفضل دائما للحفاظ على ما هو قائم ولكن ليس كل ما هو قائم صوابا ، وإنما ينبغي أن تكون حياتنا لخلق ما هو أضع وأبقى ، والاستغراق في الجزئيات يعمينا ولكنه لا يهدينا ، وهو ضرورى ولكنه غير كاف ، ونحن نهمل تماما ما لا يتلاءم مع معارفنا بصفة عامة ، بل وما لا يتلاءم مع درجة أماننا واستقرارنا وراء مفاهيم معينة تحميها من رؤية الكل المتكامل ، وبالتالي من مسئولية المعرفة .

ونحن نتبع هذه الطريقة حتى مع المرضى النفسيين ، فإني إن يتكلم المريض كلاما لا فهمه ، حتى نقول أن عنده عرضا نسميه التفكير الفلسفى الزائف Pseudophilosophical Thoughts فإذا سألت القاحص كيف عرف أنه زائف ، قال - أو كاد يقول - لا نى لم أفهمه ، ولا نحاول جادين أن نعرف ما وراء حديث المريض شبه الفلسفى ، ولا ما وراء جهل الطبيب الفلسفى ، لأن ذلك كله صعب ، وربما مخيف . .

وهذا هو نفس الأسلوب الذى يتبع فى تجنب دراسة الكليات فى كلية الطب مصداقا لقول ألكسيس كارل فى كتابه « الإنسان ذلك المجهول » (الحائز على جائزة نوبل) « . . إننا نفضل دراسة النظم التى يمكن عزلها بسهولة والتقدم منها بوسائل سهلة . . لأن عقلنا يميل إلى الدقة والحلول الدقيقة وما ينتج عنها من سلامة عقلية ، إن بنا ميلا لا يقاوم يدفعنا إلى أن نختار

الموضوعات ذات السهولة الفنية والوضوح بغض النظر عن أهميتها »

الطب والفن :

وقد كنت أحس دائماً أنه إذا كان الطب في أساسه علماً بكل ماتنى الكلمة من معان ، فهو في ممارسته فن بكل معنى الفن أيضاً ، والفن ليس مجرد الإبداع الفني ولكنه العمل الخلاق أياً كان ، أو يمكن أن نسميه العمل الفخير المجدد ، لذلك فإن ممارسة الطب فن لأنه أيضاً عمل مفير ومجدد وليس فقط للتسكين وإزالة الألم ، وقد رأيت هذا أصدق ما يكون في الطب النفسى إذ يتصف عمل الطبيب النفسى - أو ينبغي أن يتصف - بالأصالة والجلدة والقدرة والفعل معاً ، وإذا كان الانسان في حركته المتطورة الدائمة يتجدد باستمرار ، بل هو يولد باستمرار ، يلد هو ذاته ويخلقها كما شاء في إطار عالمه النابض بالحياة لا المستسلم لظاهاها ، ثم هو يطلقها في رحاب القد تصنعه بشكل مغاير ، فإن الطبيب عامة لابد أن يساير التطور فيطور ذاته ، لأنه العامل الانسانى الأقرب إلى مشاعر البشر إذ هو أقرب من يصاحبهم في تطورهم لأنه لا يمثل السلطة كما لا يمثل الدين ، وإنما يمثل المساعدة الانسانية الواعية القريبة من قلوب البشر ، وقد تصورت أن « وزارة الارتقاء » التى دعا إليها برناردشو ينبغي أن تكون من الأطباء النفسين ، ثم تصورت أن الأطباء وخاصة الممارسين العاميين سوف يكونون وعاظ هذه الوزارة وكهنتها على شرط ألا يتجمدوا مثل الوعاظ والكهنة التقليديين ، فإن الجود ضد التطور، وبالتالى فهو ضد الدين، لأن الدين هو فى صلبه وروحه دعوة إلى الرق بالإنسان ، وإلى التطور، وبذلك تصبح أى دعوة إلى التمسك بالقديم والجود هى دعوة صريحة ضد الدين فى جوهره، لذلك فإن الأطباء - وعاظ وزارة التطور - ينبغي أن يكونوا فنانين فى المقام الأول لأن الوعى سيهبط عليهم أثناء تأدية رسالتهم السامية، فالوعى بالحق وبالفكر وبالتطور ما زال قائماً ، والله لم يمت حتى

نتوقف بالتفكير والتطور عند مرحلة من المجهود تجعل البديل الوحيد أماننا هو الارتداد والتخلي عن إنسانيتنا ، ولكي يكون الطبيب فنانا ينبغي أن يكون إنسانا ، وينبغي أن نهتم في التعليم الطبي بتنمية قدراته الخلاقية، بدلا من حشر كم من المعلومات في رأسه على حساب قدراته الفنية .

وقد وجدت أن الأطباء جميعا يستعملون قدرا ضئيلا جدا من المعلومات الطبية وخاصة بدق تقدم الطب الملاحى للأمراض الشائعة، فأغلب المرضى يارتفع درجة الحرارة مثلا يبدأ علاجهم بالسلفا والأسبرين ونثنى بالبنسلين أو الستيراميسين أو أخواتهم، فإذا طالت المدة أخذوا كلوروماستين ودمتم أو في النادر نلجأ للزراعة والحساسية وغيرها ، بل إنه حتى في فرع تخصصي الذي هو من أدق الفروع، تكاد الروشتات تنفي في مضمونها مهما اختلف الطبيب، فكل روشتة تحوى « مهدى »، ومضاد للاكتئاب وأحيانا منوم « وفيتامين » ودمتم أيضا، وقد دعاني هذا إلى التفكير في عمل الطبيب الحقيقي، لأنه إذا كانت الحالات السهلة يعالجها كل الأطباء على السواء، والحالات الصعبة تظهرها معامل الأبحاث والأشعة ، فإذا يفعل الطبيب بالضبط ؟ لا يمكن أن يكون العلم وحده هو سر نجاح الطبيب، بل هي شخصيته وقدراته الفنية التي تحدد ذلك ، على أنى هنا لا أريد أن أعتبر النجح مقياس حديثي، إذ يمكن الحصول عليه بأساليب لا تمت للفن بصلة إلا إذا أدخلنا « فن القهولة » من ضمن القنون .

يقول إلفان فينشين في كتابه « التقدير الأكلينيكي » ، « إن الخبرة بمجوار السرير نادر ما تعتبر خبرة علمية أكاديمية لها أبعادها الفكرية والعلمية المحددة ، بل إن الطبيب الممارس يعتبر ملاحظاته الأكلينيكية من قبيل الفن الذي يمارس فيه ذكاءه وواقفه النهي ، وهاليدم ، وإنسانيته ومشاعره وإهتماماته ، وليس علمه فحسب » .

ولكن التعليم الطبي - كما رأيته ومارسته - يهمل هذه الناحية تماما ويتركها لحلق الطيب أو بالقة الدارجة « لحدائقه » .

وقد وجدت أن اهتمام التعليم الطبي بالعلم دون الفن أمر مخيف ، لا يخرج لنا أطباء بل مجاميع من الناس تحمل ألقابا ، يحسبهم الناس رسل الرحمة وهم في الأغلب أجهزة للتسكين ، ونحن لا نزال نتحدث للناس عن آمالهم في هذه المهنة ، ولا نحاول تحقيقها أو حتى السير في اتجاهها ، وأنا لا أبالغ مبالغة برناردشو في الهجوم على الطب والأطباء ، ولكني أقول أن هذه الفئة من أولى الفئات التي تشوهت إنسانيتها نتيجة لطرق التعليم السائدة ، وأن تشويها جريئة بشعة لاشها تتعلق بصحة الناس .

وجدت أنه ينبغي أن نكون صادقين :

« فاما أن نعلن للناس أن الأطباء غير ما يحسبون
واما أن نجعل الأطباء كما يحسبون » .

التعديل من واقع الحال

لقد خطر ببالي مرة أنه لو جاء باحث ، أمين يريد أن يرتقى بتدريس الطب ، فعليه أن يجرى بحثا ميدانيا لممارس الطب على مختلف المستويات ، فيجرى له مقابلة مفاجئة (أو شبه امتحان) في مدد متراوحه : عقب التخرج مباشرة ، وبعد عشر سنوات وبعد عشرين سنة ، ولعله يهتم أساسا بالممارس العام ليرى ما تبق في عقول هؤلاء الأطباء بعد هذه السنين ، وهم يؤتمنون على الأرواح بشهادة الجامعة وترخيص الحكومة ، وخبرة ، الحرفى وشبهة التاجر ، وضمير الانسان الحالى ، ولناخذ نتائج هذا

البحث إلى كليات الطب القائمة لتعلمتهم على مصير ما يحشرون في أدمغة الطلبة بلا طائل .

ولاستكمال هذا البحث أقترح القيام ببحث آخر على المرضى قنسالهم ماذا ينتظرون من طبيهم وماذا يتصورون عن معلوماته . .

وبعد ذلك ندرس ما ينبغي تدريسه

ومن كل هذا يخرج الشكل الجديد ، فننظم مهنة الطب على أساس واقعي وتطوري، ولكن يبدو أن كل ذلك لا يهمهم عند القائمين على أمر التعليم الطبي ، المهم أن يقولوا ما في رءوسهم بغض النظر عن « لماذا ؟ » أو « ماذا بعد ؟ » وأتذكر ابني وهو يحاورني قائلاً « لماذا يفعل الناس هكذا ؟ »، إنهم يرسلون أولادهم للمدارس لجرد أنهم بلغوا سن المدارس » وأقول بدوري « ونحن نعلم الطلبة ما نسميه طبياً ، لأهم طلبة في كلية الطب ! لا لنصنع إنساناً عالماً فناناً يساهم في حفظ النفوس والأجساد على صحتها ليكملوا طريق الارتقاء .

تدريس الطب النفسى :

إذا كنت قد دعوت إلى دراسة التفكير المنطقي والفلسفي ، وتنمية الفكر الابتكاري والقنى لطلبة الطب فإكان ذلك إلا تمهيداً لمناقشة تدريس الطب النفسى وما عانيناه في هذا السبيل وما زلنا نعانيه ، والأمر في جلته محير أشد الحيرة لأن التناقض إزاءه ليس له تفسير مباشر .

تذهب إلى أى شخص وتشرح له الموقف وتقدم له المذكرات والاحصاءات وتقول له أن ٦٠٪ إلى ٧٠٪ من المرضى مصابون بأمراض انفعالية أو - على الأقل - يدخل الانفعال في إحساسهم بالمرض العضوى ، فيتحمس ويقول بل أكثر ، ويقول : جاء القرع ، ويحدثونك عن حالات وحالات يشاهدونها نتيجة لاضطرابات نفسية وأن الدنيا أصبحت مليئة بهذه الحالات في الأنوبيس وفي

مجلس الكلية وفي الشارع وفي القيادة ، ولا نجد أمانا سبيلا إلى الاقاضة في هذا الطريق ، فمعلومات المسؤل شاملة كاملة ، وحين تقرب من النقطة الهامة ونطلب وقتا للتدريس وامتحانا يحفز الطالب على الحضور ، يبدأ التناقض الشديد بين سابق الكلام ولاحق العمل ، فلا استجابة ولا تنفيذ . .

ويستمر الحوار وتظهر الحجج .

أول حجة : أن علمكم صعب ، والذي يقدر صعوبته يقدرها بمقياس بسيط جدا هو « ما لا أعرفه أنا فهو صعب » وهذه قاعدة أساسية في كل تفكير عام ، وتقول له أن العلم ليس صعبا وأن صعوبته ناشئة من أنه غير مطروق ، وأن المعروف منه هو التشويهاً وليس الأساسيات ؛ ولكن القاعدة السابقة غير المنطوقة هي التي تحكم النقاش .

وثاني حجة - وهي حجة تناقض الأولى تماما - قول أن ما يحتاجه الطالب من هذا العلم هو المعلومات العامة التي يعرفها كل واحد ولا داعي لحشر مخه بضائيل أكثر ، فإذا قلت له من أين للطالب - أو لسيادته - بهذه المعلومات العامة ، قال هذا معروف لكل الناس ولا يذكر من أين هو معروف : من صفحات الجرائد أم من مسلسلات التلفزيون ؟

ونناقشه ، ثم أناقش نفسي ، ولا أنتهى إلى حل أبدا ، وأقترض أن اعتراضاته صحيحة تماما ، ومع ذلك فإنني أجدها لا تتعارض مع تدريس وامتحان هذا العلم ؛ فإذا كان العلم صعبا فإن العبرة بالأهمية التي اعترف بها وليست بالصعوبة ونحن ندرس ما ينبغي وليس ما نستسهل ، لأننا ضد الأطباء حسب متطلبات الزبون ؛ والزبون هنا هو المريض الذي يحتاج إنسانا يسامله يعرف مشاعره مثلما يعرف أعضاءه ، هذا رد حجة الصعوبة الزعومة . .

أما حجة المعرفة التلقائية فلو أخذنا بها فرضاً فلماذا نخصص بها الأمراض النفسية، وإذا عمنها على فروع الطب فإن ذلك يعنى أن تلقى كلية الطب معتمدين على المعلومات العامة التى نستقيها من المصادر العامة ، ولا أدرى لماذا تطبق هاتين القاعدتان على علم الأمراض النفسية دون سواه .

الصلحة اللادية

يشير أستاذى الدكتور عسكر أن السبب فى هذه المعارضة هو سبب رأسمالى أساساً، ذلك لأنهم يريدون أن تظل عياداتهم مملوءة، ولكنى لا أقتنع بذلك أبداً، لأن عياداتهم مملوءة، والمشكلة هى كيفية تخفيف المترددين لا زيادتهم عند أغلب المعترضين ، وأكثر من ذلك فإننا بالحاحنا أن نعلم الطب النفسى للمارس العام والإخصائين فى القروى الأخرى فترض أن هؤلاء سيقومون بعلاج عدد كبير من الحالات النفسية دون حاجة إلى تحويلها لإخصائى الطب النفسى ، فيكاد يكون النطق الرأسمالى مقولواً لأننا نصر على التدريس وبذلك نعرض لعدد أقل من المرضى ، وهم يصرون على عدم التعلم وبذلك لا يحسنون علاج المرضى الذين لا يحولونهم .

ولا أنهم .

وأظلل أتساءل إذا ما هو السبب ؟

وتلحّ على مقدمة مسرحية برناردشو «حيرة طبيب» (الذى اقتبست منه عنوان هذا الكتاب) وأرفض مقالاته فى الهجوم على الأطباء ولكنى أعود لأنتمس له العذر مرة ومرات .

وأتذكر سيلسهايم . أبو قراط الطب الانجليزى لما سئل ذات مرة عن الكتاب

الذى يجب على الطيب الناشئ أن يطالع له ليتدى به أجاب ساخرا كتاب دون كيشوت .

وتوارد على خاطرى كل مدرسته فى علوم البكالوريوس وأجد أننا كنا ندرس أشياء كثيرة صعبة لافنى لها ولا فائدة منها ولكن أحداً لا يعترض ، بل إن الطالب الذى لا يعرف تفاصيل عملية لن يعملها فى حياته (إلا إذا أصبح جراحاً عظيماً ، وهناك سيدرسها كما ينبغي) يرصب باذن الله ، وتسأل لماذا رصب هذا الطالب ، يقولون تصور !! « تصور أنه لم يعرف عملية تانر » أو « كيف ينبج وهو لا يعرف عمليتي بل روث الأول أو بل روث الثانى ؟ » وأقول فى نفسى « ياه .. ليس له حق ، الظاهر أنه لكى يعطى حقنة الطرطير فى وحدة نائية فى الريف لابد أن يحفظ عن ظهر قلب عملية بل روث الأول والسابع عشر أيضاً وإلا فليس له الحق أن يصبح طبيباً » .

ياسبحان الله ، ليس مهما أن يتعلم الطالب كيف يكلم فلاحه تنزف دما ، ولا كيف يسأل عن ابن عامل هل نجح فى الابتدائيه أم لا ، قبل أن يعرى بطنه ليجس طعاله ، ليس مهما أن يتعلم فن الاستماع ولا أن يعرف وظيفته فى الحياة ، ولا معنى لوجوده ، ولا طريقاً لخلاصه ، ولكن المهم أن يعرف القوس الشريانى العميق فى باطن القدم ، وكأن التزيف إذا حدث فى أقصى الصيد سوف يختلف إذا كان من الفرع البطنى عنه إذا كان من الفرع الجانبى من ذلك القوس الشريانى العميق .. !!

ليس مهما أن ينزف الانسان الواقع أمامك من كرامته وشرفه وهو يلث عطشاً إلى انسان يسمعه ، لأن المهم أن فروع العصب الحائر داخل الجمجمة هى كذا ، وأرجع إلى التساؤل :

لماذا نخاف الانسان ككل ؟ نحن نهرب من الكل بالاستفراق فى

الأجزاء ، إن الانسان إذا أراد ألا يرى شيئاً فهو إما أن يغمض عينيه وهذا هو الجبل ، وإما أن يركز على الجزء دون الكل وهذا هو التجهيل . . لماذا نخاف الانسان كوحدة متكاملة ؟ هل لأننا لا نريد أن نعرف أنفسنا ؟ أليس هذا هو سر ضياع إنسان العصر الحاضر .

ويكاد الأمر يحسم في مخيلتي على الصورة التالية تجرى على لسان حال المعارضين :
« أنا أخاف أن أعرف نفسي . . . إذا فلا داعي لذلك طلباً للأمان ، ولكن لا بد لي من المعرفة فلا أعرف الأجزاء وأتلهى بها . . وبعد ذلك فما لا أعرفه فهو ليس مهماً . . أو هو صعب وسخيف . . إذا . . فلا داعي لدراسة الطب النفسي . . ونحكم الرباط »

وتتردد الحجب في مجالس الاجتماعات وتسمع العجب ، ومن العجب قولهم
« كيف أطالب الطالب المسكين أن يعرف ما لا أعرف أنا ؟ »

حقيقة الطالب مسكين ! !

وإنسان هذا العصر مسكين . .

وكان وظيفة التعليم في العصر الحاضر هي ، تثبيت النظام ، وكان التعليم وهو المفروض أن يكون الوسيلة الأولى نحو التطور قد أصبح المعوق الأول ضد التطور ، وكان الهدف الأول هو أنؤكد الشيء القائم لا أن أنى القدرة على التفكير .

أنا امتحن . . فانا موجود :

ونختطف عشر درجات من ثلاثمائة وخمسين درجة في السنة الثانية لندرس فيها « علم النفس » وليس « الطب النفسي » ، وننتهزها فرصة وندرس ،

ومحضر الطلبة بالثلاث من أجل خاطر هذه الدرجات العشر ، ونشجعهم أكثر بأن يحملها محاضرة مفتوحة لكل ما يمين لهم من أسئلة .

وبعد فترة تصير لمة بيننا وبين الطلبة ، وتزيد الأسئلة المفتوحة وكلها أسئلة عظيمة وهادفة وبناءة ، ويتعجب الطلبة وأتعجب معهم ، وبعضهم يسأل « لماذا نعيش ؟ »

وكان الإجابة على هذا السؤال وأمثاله من الضائقة بحيث لا يصح التطرق إليها ، أو إضاعة الوقت فيها ، ونحن ندرس الطلب ذلك العلم التضم المحدد ، ولكن الشباب يسأل ولا بد من الإجابة ، وأظن أنه يستحسن أن نجيب عن هذا السؤال بنفس الاهتمام على إجابتنا عن « لماذا تفرز البولينا من الكلى بسرعة كذا في الدقيقة ؟ » إلا إن كنا نعيش بالصدقة ، و نفرز البولينا مع سبق الأصرار والترصد .
وأعود لأناقش مع نفسى هذه المقاومة مرة ثانية ...

لماذا كل هذه المعارضة ؟

وأهتدى إلى احتمال أخير وهو أن بعض الناس تقيم نفسها بقيمة العمل الذى تمله ، وهى فكرة مشروعة وطبيعية « فأنا بقدر ما أعمل » ، فإذا كان تقدير العلم بمدد الدرجات فإن تمسك أصحابه بكل الدرجات فى حوتهم يعطيهم قيمة أكبر ، وبالتالي يكون التنازل عن أى درجة من الدرجات لأى فرع من الفروع هو تنازل عن جزء من الكيان يهدد الانسان فى صلب وجوده ...

وأقول لنفسى .. لا تبالغ .. ولكنى لا أستطيع أن أطرد هذا الاحتمال ويتحدانى الجزء الشقي من عقلى فيضع هذه الصيغة أمامى :

« أنا أمتحن فأنا موجود »

يا سبحان الله !

والطلبة ؟ .. والشباب ؟ .. والمرضى ؟ .. ومصير الانسان ؟

إذا ... لا بد من ثورة .

صراع التطور .

وفي تصورى أن الإنسان متطور بالضرورة ، وأن قيمة كل قدم في أساليب حياتنا وكل أهمية اختراعاتنا المادية ليست في مدى الرفاة التي تحققها للانسان ، ولكن في مدى القصر التي تتيحها له للتطور ؛ وهذه النظرة رأيت الطب الجسمي يحافظ لنا على الكم أى على الأعداد البشرية التي منها سيخرج الجنس الجديد ، أما الطب النفسى - كما أفهمه - فهو فرع الطب الذى سيساعد على تكوين هذا المخلوق البشرى الجديد : الحب الصادق المتوحد بفرأئه ، الفنان القوى المسالم ، ورأيت على ذلك الصراع بين الطب النفسى والطب الجسمى صراعا صوريا ؛ إذ أن الاثنين يخدمان التطور بصورة ما ؛ ولكن علينا أن ننتبه تماما إلى خدعة ترجيح الكم على الكيف ؛ فهما زاد الكم وزادت الأجساد السليمة فان ذلك لا يعنى إلا زيادة القرصة لخلق الجديد ولا يمتدح الانسان الأفضل ؛ أما إذا زاد الكم دون أن ننهز القرصة لخروج الجديد من من ثناياه ... فقد ضاعت القرصة ، وأصبحت الزيادة زيادة أجساد تصلح لقانون « بقاء الثيران » وليست لقانون « تطور الانسان »

فوظيفة الجسد في مرحلة تطور الانسان الحالى أنه الأساس الذى ينطلق منه وبه النوع الجديد من البشر ، فطب العيون يحافظ على العين مثلا ؛ والطب النفسى

يجعلها ترى الجمال ... وهكذا .

* * *

هذه أفكار تبدو مبالغة وغريبة ولكنى أقر أنها هدتنى إلى النقطة لصراع
التطور والتدهور إذ يطنى الكم على الكيف فى كل مجال ... وفى هذا المقام :
فى مجال التعليم الطبى .

إذا ... ومرة ثانية

لا بد من ثورة ...

* * *

ولكن .. إذا كنت قد استطعت أن أثور على نفسى فى مجال تخصصى ،
على طريقتى فى العلاج ، وعلى قسيات الأمراض ، وعلى طرق البحث العلمى ،
قد فعلت ذلك فيما أملك لأنهى حيرتى فى هذه المجالات ، ولكنى أمام مجال
التعليم الطبى ما زلت عاجزا تزيد دهشتى كل يوم ، وأرى أساتذتى وزملائى
يصارعون معى الجود كل يوم .. ويقاومون التشويه كل يوم .. ولكن يبدو
أن الأمل ما زال بيذا .

وفى نفس الوقت .. فإن اليأس مستحيل .

لأنه ضد الحياة .

ولأننا مصبون على الحياة .

الفصل الخامس

العلاج أولاً والعلاج أخيراً

« ذهب .. ذهب .. ذهب .. إلى العاطل .. الآخر ..
مضى إسلام إلى ذلك العاطل .. الآخر .. »

رقية بوذية قديمة

(منقطعة من دافيد كوبر)

إن كنت قد عرضت حيرتي بين الصحة والمرض ، ووقفتي أمام التشخيص والبحث العلمى والتعليم الطبى ، فقد كنت أسعى أساسا ودائما لأتين طريقى إلى العلاج ، أنساءل : أين أنا وأين المريض ، ثم إلى أين نحن ذاهبان .

وإن كنت قد احترت أمام التشخيصات للبهمة والحالات « البين بين » فلأن علاجها يختلف عن الحالات الصريحة الواضحة ، إذ أن العلاج هو المهدف الأساسى لعلمنا الطبى ، وذلك بالمفهوم العادى لعلم الطب ، وقد أشرت سابقاً إلى أنه فى مجال ممارسة هذا الفرع من الطب بالذات ؛ ينبغى أن يصب كل جهد وكل بحث فى مصب العلاج أولاً وأخيراً ، وقد أشرت أننا كثيراً مانستعمل العلم والخبرة والحدس فى العلاج غير مرتبطين ارتباطاً مباشراً بالتشخيص ، بل إننا أحياناً نعطى علاجات بالرغم من التشخيص وايس بسببه ، كما أشرت أنه بلغ من تفضيل العلاج عما سواه أن أحدها كان يسمى بعض أنواع الأمراض باسم الدواء الذى يتحسن عليه المريض (راجع « المستيريا الاستيلازينية » فى فصل التشخيص)

وكان بديها إذاً أن يكون هدفى الأول منذاشتغالى بهذا النوع — مثلى مثل أى طبيب ، هو العلاج . . وأظن أن هذا هو هدف المريض فى أغلب الأحوال ، رغم ماينظر اثناء المسيرة من مقاومة ومعارضة وتحايل ، إلا أنه بلاشك يمثل الغاية النهائية من كل نشاط طبى .

لكل ذلك كان اهتمامى فى مناقشة مشكلة الصحة والمرض أن أركز على التمييز بين الانسان الذى يحضر للاستشارة لأنه فى « أزمة تطور » أو لأنه « عجز عن التكيف » أو لأنه « أهزم أمام قوى التدهور » فالعلاج يختلف فى كل حالة ، وقد حاولت أن أقصر لفظ المرض على النوع الأخير وربما الثانى ،

أما أزمة التطور فقد أحسست منذ البداية برفض شديد لتسييتها مرضاً أو عجزاً
مهما ظهر فيها من أعراض .

وقد عرضت حيرتى أمام تشخيص الذهان الكامن ، وعرضت رفضى أن
تؤجل العلاج حتى يظهر الكامن ، فالعلاج هو الهدف الأول ، ومنع ظهور
المرض فى هذه الحالات هو واجبنا الأول ، ولينتظر من شاء ، ولكن المريض لن
ينتظر ، لأن قدم المرض لن ينتظر ، وكنت أعطيه فرصة العلاج المبكر معتمداً
أساساً على حدسى ومشاركتى مشاعره . .

* * *

مصادر الخبرة :

ومن أول حياتى كنت أحصل على خبرتى العلاجية من الكتب والمجلات ،
ومن توجيه أستاذى ، ولكنى كنت أجد أن المكتوب فى الكتب صعب
التطبيق جداً فى هذا الفرع من الطب ، لأن اختلاف الحالات عن بعضها البعض رغم
توحد التشخيص اختلاف أساسى وبالغ التعقيد ، وكنت فى فورة الشباب
- مثل كل الشباب - أصارع كل أنواع المرض مهما كان ، بالحاس والسهر
والكهرباء والفهم والحب ، ثم تكرر فشلى تكراراً ملحاً ، وبدأت أتواضع فى
آمالى وأبرد من حماسى ، وأحترم كل الأشياء . وتماذيت فى الهدوء والتأمل حين
كُتبت فى كتاب مشترك لى مع الأستاذ الدكتور عمر شاهين « أن على الطبيب
النفسى أن يتذكر دائماً أنه طبيب وليس مصلحاً اجتماعياً ، وأن واجبه أن يساعد
الصحة مهما كانت ، ويسهم فى إعادة التكييف ، ثم يترك المريض بعد ذلك فى
الحياة يختار »

ومرت سنوات وأنا أحاول أن أضع مزيداً من السلاسل حول عقلى ، وأربط

أتهال الكيمياء بأفكارى قبل أن أعطيها للمريض لتعيده إلى حظيرة المجتمع طيما سلساً .

ولم يهدأ الانسان فى ، ولم ينتصر عليه الطيب أبداً ، وإن كان قد كسب منه جولات طوال سنين متتالية ، إلا أن الانسان فى داخل رغب خسارته المتكررة بالنقط ، قد كسب أخيراً البسالة بالضربة القاضية حين بزغ النور الجديد .

المريض استاذى :

وإن كان الكتاب والبحث والتوجيه قد حددوا الى الطريق فى أول حياتى ، فإن معلمى الأول والأكبر كان المريض : صديقى وأستاذى ، وكما أثرت سابقا فإن الذى تعلمت من المرحوم الفنان « كمال خليفة » طوال سنوات كان معادلاً لكل خبرتى من كل الكتب والمجلات العلمية ، كنت أجالس الأصدقاء المرضى بالساعات الطوال لمدة سنوات متتالية فأفهم وأشعر وأتلم ... وهم فى نفس الوقت يشفون ... رغم ضآلة علمى وخبرتى : ولست أدري هل يتم شفاؤهم بسبب ما أعطيه من سمع وفهم ووقت ، أم بسبب ما يأخذونه منى مما لا أعرف ، فقد تبينت فيما بعد أن العلاج النفسى -- وهو أعقد الوسائل فى ممارسة الطب النفسى -- لا يتم قط بالفكرة التى فى عقل المعالج أو بالنظرية التى يعتنقها أو بالنظرة التى يراها ، ولكنه يتم أكثر بما يأخذه المريض لحسامه الصادق وحاجته العنيفة إلى صدق المعالج وإنسانيته فى الموقف العلاجى ، بغض النظر عن نظريته أو أفكاره أو تفسيراته .

أنا مرتاح وكده :

وحين بدأت طريق العلاج النفسى كنت مبهوراً بالبحث عن الأسباب الخفية وراء الأعراض الظاهرة ، وكنت أتصور أن استعادة الخبرات كفيل بتفريغ شحناتها العاطفية ومن ثم الشفاء ، وكنت مبهوراً فى ذلك الحين بالفكر التحليلى واستعملت للوصول إلى أغوار الرىض كل الوسائل المعروفة من تنفيس وإثارة وتهذئة ثم من وسائل التداعى الطليق بما أتاحته لى خبرتى وعلى فى ذلك الحين ، ونعنى كل ذلك فى القهم ، وأوصل معى كثيراً من الرضى إلى مرحلة « المعرفة مع الراحة » .. ثم لاشئ بعد ذلك ، وربما كان هذا من العوامل التى ساعدتني فى أن أعتبر المستوى المعرفى أو العقلى أقل من المستوى الخلقى (راجع الصحة والمرض) فكثير من الأطباء والمعالجين والمرضى يقفون عند هذا المستوى ويقنعون من العلاج بهذه الراحة « الصحية » ويتصورون أن هذه هى البصيرة اللازمة ، فى حين أنها معرفة وليست بصيرة ، وقليل من المعالجين من يراجع فى أمانة قيمة هذه الرحلة ويرفضها فى إيجابية ، ولكن المرضى هم الذين يتخطونها فى كثير من الأحيان لأن قدراتهم الخلاقة تنطلق بالرغم من كل شئ ، وهناك فكاهة شائعة عن أحد المرضى الراشدين الذى كان يشكو من تبول ليلى أثناء النوم ، إذ ذهب لمدة سنوات يستلقى على الحشية العلاجية للتحليل النفسى التقليدى ، وبعد هذه السنوات قابل صديقاً سأله « كيف الحال ؟ » قال « على أحسن ما يرام » وحين سأل الصديق « هل كففت عن التبول ؟ »

أجاب المريض :

« أبداً ولكن ذلك أصبح لايهمنى »

هذا الوصف الكاريكاتيرى لما يحدث فى كثير من الحالات ، ينكره أو يتجاهله كثير من المالجين وخاصة المحللين لأنهم لا يرون كل مرضام حتى النهاية ، أو لأنهم يجدون لتلك تفسيرات مريحة مثل الراحة التى يتمتع بها المريض ، هذه المرحلة لم تكن تقنعى أو ترضى أبداً ، لم يكن من المقبول أن يكون هدف الانسان أن يكون مرتاحا بل الهدف الحقيقى أن يكون إنسانا . .

وقلت - كما أقول دائما - أن هذا نتيجة تصورى أنا ، لأنى لم أمارس التحليل النفسى تحت إشراف منظم كما ينبى ، وإنما أنا أستعمل طريقتى الخاصة مع القراءة والمراجعة ومناقشة بعض الزملاء ليس إلا ، ومهما قرأت ومهما حاولت أن أتمثل أو حتى أقمص كل ما قرأت لم يتغير رأيى كثيرا ، بل تأكدت أن ما يحدث لى يحدث لكل من يسلك هذا السيل ، والفرق أن الذى لا أرضى عنه أنا ، يجدون هم له تفسيراً أو تبريراً ، وحين ناقشت بعض زملائى وأسألتنى مناقشات طويلة عريضة زدت احتجاجا ورفضاً ، ولم يغنى شئ من ذلك عن حيرتى وثورتى ضد هذا الوضع السلبى أمام مشكلة الإنسان وقطوره .

وكان أستاذى الدكتور عسكر يسخر أحيانا من الأمريكان الذين يعطون الطبيب المبتدىء مرتبا سخيا باليمين ثم يأخذونه منه باليسار فى صورة إلزام التحليل النفسى ، ورغم ذلك فإنى كنت أؤمن دائما أن المالعج لا بد أن يكون إنسانا ، ولكى يكون إنسانا لا بد أن يكون حراً متطورا قادرا على العطاء ، وهذا نادر الحدوث فى مرحلة تطورنا هذه دون مساعدة إنسانية جادة وهادفة ومركزة ، وكيف يمكن الحصول على هذه المساعدة الأمانة إلا خلال العلاج المنظم العلمى

المادف ، أى أنى فى قرارة نفسى كنت أشعر أن الطيب النفسى هو أكثر الناس حاجة إلى العلاج وذلك حتى يتخلص من معوقاته ويطلق لإنسانيته العنان ، ولكن التحليل النفسى برغم كل ما يقولونه عنه نظرياً على الورق ، يطلق قدرات الانسان التطورية ، لأن فرويد لا يؤمن بدوافع تطوريه خاصة للانسان تميزه عن الحيوان ، فان انطلقت هذه القدرات انطلقت عفواً نتيجة لصبر المالعج ورغم فكره ، ولا أعم الحكم على أحد ، فلا يصلح ما يجرى فى مصر بظروفها المحدودة أن يكون قياساً لنوع من العلاج ، كما أن المرضى الذين أراهم هم الذين لم يعالجوا لأنه لا بد أن الذى شفى تماماً لم أره أبداً ، ولكنى كنت أرجع لصلب النظريات فلا تقضى أبداً ، فرغم أن فيها من الإشعاع والتنوير ما فيها ، إلا أنها ينقصها التطور والعمق فقد أنكرت على الإنسان أنه يحمل طاقة التطور الذاتية ، لذلك فإنه مهما تحدث المتحدثون بعد ذلك فأنى أتكلم عن فكر فرويد الطاغى الذى أصر على أن الانسان لا يفرق عن الحيوان فى ظروف تطوره والذى أحل التسامى محل السمو والحرر والرقى الإنسان الطبيعى .

وكان - وما زال - لى صديق فى الولايات المتحدة مرّ بهذه التجربة وما زال ، وقد بدأها منذ سنوات ، وكان لى صديق آخر فى كندا سبقه إلى هذه التجربة بعدة سنوات وكنت أعرف أخبار الأخير من الأول ، وكانت حيرتهما لا تقل عن حيرتى ، ولكن فرصتهما أكبر وخيرتهما فى هذا المجال أكبر ، وفى نقاش بينهما نقل إلى صديق الأول تعليقاً لصديقنا من كندا أن هذه الطريقة ما هى إلا « روث ثيران » وهذه هى الترجمة الحرفية للتعبير الذى استعمله بالانجليزية .

ويدهى أنه ليس لى أن أحكم بحالة أو اثنتين على طريقة فى العلاج ، ولكنى أشير إلى أنى لم أترك باباً لم أطرقه لتهدئة تأثرى سواء بالقراءة أو الممارسة

أو بالشاركة والمناقشة، وانتهيت إلى جواب لتساؤلاتي أنه « لا » ، قررت بوضوح
« أن هذا الطريق رغم ما فيه من علم إلا أنه لا يكشف ثورتى . . ولا يقنع
إنسانيتي أن أتوقف عند هذه المرحلة » .

ومآخذى على التحليل النفسى ليست هى مأخذ الطب النفسى التقليدى
بل ربما هى عكس ذلك تماماً ، فالطب النفسى التقليدى يأخذ على التحليل النفسى
أنه طويل وأن نسبة الشفاء فيه قليلة ، ولكن اعتراضى عليه أنه سطحي وأنه غير
تفسورى ، وأن تفسيراته معقدة فى حين أن أصدق العلم أبسطه ، وأكرر أنى
لا أعنى المحدثين من المحللين وإن كان لى عليهم مأخذ فى النظرية والتطبيق ليس
هذا مجال سردها .

فرويد : فى أصلاته وقصوره ، وشجاعته وخوفه :

وقد كنت فى أول الأمر مثل كل متعامل مع النفس الانسانية مبهوراً بفرويد
وكشوفه وخاصة فيما يتعلق بالحلل النفسية الدفاعية **Defensive Mechanisms**
التي ما زالت تفسر لى كثيراً من مظاهر السلوك ، وإن اكتسبت
عندى بعداً أعقق بنظرتى الجديدة ، بل إنها - أو روحها على الأقل - هى
التي جعلتني أرى تطور فكر فرويد ومواقفه .

لقد كان فرويد يتصدد بالذكاء المفرط - رغم تكرار شكواه أنه كان
يمنى عقلاً أفضل - إلا أن نظريته التي استوحاها أساساً من الخبرة العيادية
بما فى ذلك - أو ، وأهم ذلك - التحليل الذاتى الذى قام به لنفسه ، كانت
وما زالت تتناسب مع ما تجرأ على رؤيته من داخل نفسه ، ففى تصورى

أن الالهام بالنظرية - مثل كل نظرية جديدة أصيلة - تم في لحظة خلق صوفى صادق ، يوم الأربعاء الموافق ٢٤ يوليو سنة ١٨٩٥ ، وفي تصورى أيضا أنه رأى ذاته بكل أعماقها في تلك اللحظة ورأى حقيقة النفس الانسانية ، وحين سجل هذا التاريخ فحراً على مائدة المطعم الذى أتاه عليها الحدس يومها ، كان يترجم أهمية هذه التجربة الهائلة التى يعرفها كل من أضاف جديداً إلى مسيرة الانسان - أو حتى كل من عاش تجربة خلق جديدة ولو لم يكن قد أضاف جديداً - إلى هنا والأمور تسير كما نعرف جميعاً . إلا أنى أعرف ماذا يعنى أن يرى الانسان نفسه نجاة وقد خلع كل زيفه ، وأعرف وجه الشبه بين ذلك وبين تجربة الصوفية وتجربة بداية الجنون ، والفروق بينها جميعاً فروق مسارٍ بعد ذلك وتطور ، وليست فروق نوعية التجربة ذاتها ، وعلى قدر ما يصاحب هذه التجربة من السعادة وجلاء فكر بالكشف الجديد ، على قدر ما تهدد من فقد التوازن والفسرة ، والذى يتمسك بهذه التجربة سوف يخرج بالجديد ، والذى سيخاف منها ويهرب سوف يرتد فكره مجهضاً ، أو يختل اتزانهُ .

وفرويد سمح لهذه الخبرة أن تنتج فكره الخلاق بشجاعة نادرة ، ومضى وحده في أول الأمر يدافع عن نفسه وعن صدقه وعن أصلانه ، ولكنه في تصورى خاف واكتفى برؤية تفسير الأحلام بالجنس ، ولم يسمح بالتوص في أعماق النفس إلا حول سنة ١٩٢٠ حين كتب « ما فوق مبدأ اللذة » وبذلك اكتملت رؤيته - على قصصها - وعلى قدر ما سمح به انكشافه أمام نفسه ، فنظريته نبعت أساساً من تحليله لنفسه ، وهذا التحليل كان محدوداً بوحده وبقدرته على الرؤية ، وبالتالي بقصور شجاعته أن يرى أعماق أعماقه .

وقد تميز الفكر الفرويدى للمبدع بميزات وعيوب هي ميزات وعيوب كل كل فكر أصيل ، وفي الوقت الذى حاول فيه فرويد أن يطور فكره على قدر

ما سمحت به شجاعته مع نفسه ومع الآخرين وكذا أمانته، فإن بعض تابعيه نصبوه نبياً وتوقعوا - في أغلب الأحوال - عندما قال حرفياً .

وفي مصاحبتى له في طريق ممارستى للعلاج آذانى فكره وآذى مرضاى على قدر ما نفهم ، فإن التركيز على « لماذا » ، مع تصور التسامى والحضارة نتيجة لسكبت مشاعر جنسية، قد شوه طبيعة الانسان السامية وحرمه التميز بتلقائية القضية، كما أن الإهمال النسبى للسؤال : «إلى أين» كان يمثل التراخي والسلبية في تمديد المجال والसार للرضى . . وأيقنت أن فرويد - رغم أصالته وشجاعته إنما انتشر أكثر من يونج مثلاً - الذى كان أعمق وأكثر إنسانية - لأن المجتمع فى أواخر القرن التاسع عشر فى أوروبا الغربية وأوائل القرن العشرين كان يخرج من النكسة التى أصابته بالقم بعد عصر التنوير، والتى جعلته يبحث عن التبرير والتفسير أكثر مما يسعى إلى الالتزام والبناء، كما كان متلها إلى اكتشاف الجانب الآخر، وهو الجانب الجنسى أو الفريزى الذى ظلم وانكسر بمصف الكنيسة طوال القرون الوسطى وحتى ذلك الحين، وربما هذا هو السبب الحقيقى لانتشار فكر فرويد هذا الانتشار، فالفكر إنما ينتشر لا لأصالته فحسب بل لحاجة الناس إليه فى تلك الحقبة من ظهوره، وكمن فكر ظل محتبثاً فى طيات الكتب سنين طويلة حتى لحق به تطور المجتمع فازدهر حينذاك . فهناك شرط لانتشار الفكر لازم: هو تناسبه مع درجة تطور الإنسان فى مرحلة ما . .

وفكر فرويد أذى خدمة دفاعية عظيمة للناس فى تلك الفترة من الزمان (وهذه لفة فرويد وليست ألقاظه) فقد احتوى إنسان هذه الحقبة وراء قسبر نفسه سطحياً من الخوض إلى أعماقها، وقد رضى أن يشوه الحضارة بطريق غير

مباشر إذ رآها الوجه الآخر للجنس وليس الارتقاء به ومعه ، فإن القول بأن الانسان حيوان متسام غير القول بأن الانسان حيوان سام ، الأول يحمل الحضارة نوعا من تكوين رد الفعل (على حد لفة فرويد) والآخر يحمل الحضارة فضلا وتطورا طبيعيا . .

وهناك قاعدة عامة تحكم كثيرا من أساليب الفكر ودائرة الرؤية وهي أنه « ما لا أراه أنا وأدركه فهو غير موجود » وهذه القاعدة رغم تمسك علم النفس التحليلي بها إلا أنها تحكم في إبداع كثير من الأفكار الأصلية حتى في التحليل ذاته كما تحكم في مدى ادراك وقيل هذه الأفكار الأصلية ... ونحن لانستطيع أن نلوم من يتبع هذه القاعدة فهذه إمكانياته .. ولكننا أيضا لانستطيع أن نعتبر رؤيته نهائية ونتوقف عند درجة تطوره الشخصي .. وقد رأى فرويد من طبقات نفسه الجزء السطحي ولم يبين ما بعد ذلك ، فله عذره ، ولكن ليس لنا نحن العذر في أن نتوقف عندما رأى ..

(وفي حيرتي وقاشي مع نفسي والآخرين اكتشفت قاعدتين مرتبطتين بهذه القاعدة أرى منها فرويد ولكني أنهت الفرصة لأنبه لها فهما قاعدتان من أخطر ما يمكن ، ومن أدل الظواهر على تأخر فرد ما أو شعب ما وهما أولا : « ما لا أومن به فهو كفر وضلال » في مجال العقائد ، والقاعدة الأيمن في مجال العلم هي « ما لا أعرفه فهو ليس منها » ولا أستطرد في هذا ، وأرجع لحيرتي في الطب النفسي وليس في الحياة العامة لأقول :)

وكانت القاعدة الثانية التي قسم موقف فرويد وقصوره هي أنه « ما أخاف منه لا أراه » وهذا من بعض أفضال نظريته فلذا طبقناها عليه وجدنا أنه خاف أعماق نفسه فلم يرها ، ومن هنا جاء فهمه السطحي للاشعور ، والقاعدة الثالثة هي أنه « ما يحتملني الشقة يستحسن ألا أراه » وهذه أيضا من لغة فرويد ، ومشقة

تطور الانسان والتزامه بهذا التطور هي من أعظم درجات المشقة إن لم تكن أعظمها ، وفرويد في وحدته الفكرية والعلاجية لم يكن يستطيع أن يتحمل كل هذه المشقة وحده لذلك قد تهرب من تطور الإنسان الارادى بالتوقف عند هذه المرحلة التفسيرية .

ورغم أن فكر فرويد كان مبررا يعنى إنسان عصره من مشقة الشعور بمسئولية التطور . إلا أن ذلك لاينقى شجاعة فرويد في احتمال السخرية والرفض والاستهزاء بنظريته وتمسكه بها رغم كل التيارات وضد كل الجمود .

وفي تصورى أن أكبر خطأ وقع فيه فرويد هو تصور أن القوانين التى تحكم تطور الانسان ماهى إلا القوانين التى تحكم تطور الحيوان ، وأن دافع الارتقاء لا يوجد فى الانسان بصفة خاصة وأساسية ..

والخطأ الثانى هو سوء استعمال الألفاظ فى غير مواضعها ، فإن لفظ « الجنس غير التناسلى » أحدث من البلبلة ما كان أخلق به أن يعنى نفسه منه لو أنه استعمل لفظا آخر ، إذ أنه كان يقصد دائما بالجنس الاتجاه نحو « الآخر » أو نحو الموضوع ، كذلك ينطبق نفس القياس فى استعمال لفظ « الموت » ليصف به غريزة التدهور والنكوص .

أما الخطأ الثالث فهو أنه مات قبل الأوان !! . . فلو أنه عاش ربما وصل إلى ما أراد منذ بدأ حياته بيولوجيا ، وفرويد هو الذى قال :

« إن البيولوجى يحق ، أرض لاحتالات لانهائية ، يمكن أن ننظر منه أن يعطينا أكثر المعارف إدهاشا ، ولا يمكن أن نقدر الاجابات التى سيعطيها خلال بضع عشرات من السنين للأئلة التى وضعناها »

هذه البصيرة الواضحة والمحة هي التي توحى بأصالة هذا الرجل، وتجعلنا نلتبس له العذر، فقد حدد المجال لتقدم الطب النفسى بل حدد الزمان كذلك (بضع عشرات من السنين) ولم يشعر بأى تناقض بين علم البيولوجى وبين افتراضاته ولكن خلفاءه انقسموا قسمين : قسم تجمد عند كلامه وجد معه تطور الانسان، وهو القسم الذى يسمى نفسه أو نسميه نحن التحليليين التقليديين أو الارثوذكس . وقسم تطور بعده على حساب مفهومه البيولوجى ، وهم التحليليون المحدثون وأهم من تصق فى دراسة السنين الأولى « هي ميلانى كلارين » .. وآخر ما وصلنى هو تطوير « جانتريب » لنظرية « فيربيرن » عن الموقف شبه القصصى فى السنة الأولى . وأغلب هذا العمق كان على حساب المفهوم البيولوجى ، ولو أنه أعطى أبعادا عظيمة للتخلص مما أمموه « علم النفس الخلقى » ليحل محله ما يمكن أن نسميه « علم النفس الكياني » ، لأنه يدل أن كان فرويد يركز على صراع الفريزة مع المجتمع أو صراع الحيوان مع الأخلاق، ومحاولة الحصول على التوافق بينهما فإن المحدثين أصبحوا يركزون على صراع الانسان أن « يكون أو لا يكون » ثم انطلقوا فى نفس الوقت يتحدثون عن صراع الانسان بين أن « يكون وأن يصبح » أى صراع المجمود الفردى مع التطور الفردى .

أما الذى لم يتطور مع الأسف فهو فكر فرويد البيولوجى .

وإني أعتذر للقارئ إن كنت قد استدرجته إلى كل هذه التفاصيل فإنها هي التي أثارت فكري وجعلتني أحترم فرويد ولا أنساق وراءه ، وجعلتني آخذ ثورة المحدثين على فهم فرويد البيولوجى ، لأضع أفكارهم مباشرة فى التركيب البيولوجى بفضل الكيمياء الحديثة والكهرباء، ولكن من خلال نظرتهم وليس من خلال نظرة المصبيين أو المتحمسين .

وإن كنت قد أخذت على فرويد تلك الملاحظات التي أوردتها وأولها

وأخطرها هو وقوفه بتطور الانسان الفرد عند الدفاع والتسامي ، فأنى أتصور أنه لو كان هناك من يقف بجواره أثناء تحليله لنفسه ، أو لو كان هناك من العقاقير ما يسمح له بالنفوس مطمئنا إلى أعقق أغوار نفسه ليرى ما أرى يونج فيطور به أفكاره ، لو حدث هذا وامتد عمره الشاب (وليس عمره العدى) إذا لكتب كتابا اسمه « ما بعد مبدأ فرويد » !! .

على أن اعترضنى على فرويد رغم تركيزه على نقطة أو اثنتين ، إلا أنه يهد أغلب مفاهيمه . . وطريقة علاجه وهدفها .

ولا أخال أن محاولات تفسير كلام فرويد أو التوفيق بين نظريته ونظريات متعارضة تماما هو الحل الأمثل ، فإن ذلك سوف يوقنا في قيود لامبرر لها إلا التعصب الشبيه بالتعصب الدينى ، ولكن أخذ الصحيح من أفكاره مثل رؤيته للحيل الدفاعية والمفهوم الاقتصادى للطاقة النفسية ولصراع الحياة مع الموت ، وإدخالها فى كل جديد - يا حبذا ! لو كان بيولوجيا - هو الطريق الأسلم والأصح .



أريد أن أقول فى نهاية هذه الفقرة أن فرويد وفكره أفادانى أعظم الفائدة ، وعوقانى أشد التعويق ، وأن فرويد شخصيا حقق كشفا من أعظم الكشوف ، ولكنها تمثل جزءا مطحيا من كلٍّ أعمق ، وأن كل التعقيدات التى وردت فى نظريته وخاصة فيما يتعلق بتفسير الأحلام كانت نتيجة لتوقفه عند أعلى طبقات النفس الانسانية وهى اللاشعور المكبوت . إذ أن قصور الرؤية لا ينتج عنه إلا التفسير الصعب ، فلما لا بد أن تبحث عن فروض معقدة تفسر بها اهتزاز أوراق الشجرة مادمت لا ترى تمايل جذعها وفروعها .

إذا... فزويد - كما رأيته - دقيق النظرة سطحي النظرية ، عظيم الشجاعة
فيما عرف ، شديد الخوف مما لم يعرف ، أمين في نظراته البيولوجية . . متجاوز في استعمال
الألفاظ - عنوا أو نجحت لا شعوري - ، وأثره في النهاية خطير في تطور الطب
النفسى والانسان .. إلا أن يكون جزءا من كل جديد . .

هذه قصتي مع واحد من أعظم النفسين شهرة وأخوهم ، وهى مقدمة
للحديث عن العلاج النفسى بصفة عامة .

العلاج النفسى :

والذى أحب أن أؤكد لصديق القارىء أن فكرته عن علاج الأمراض
النفسية فكرة مأخوذة أساساً من القصص السائدة والمجلات الأسبوعية ، وأن
تصوره لما يجرى فى العيادات النفسية ليس قريباً بأى درجة مما يحدث فيها ، ولست
أعنى التحريض بأى من الزملاء الأطباء الذين يمارسون الطب النفسى بما فيه
العلاج النفسى فإن أى علاقة بين طبيب ومريض هى نوع من العلاج النفسى ،
ولكنى أقرر أنه على حد على فإن ندرة منهم هى التى تمارس العلاج النفسى
الذى يتصوره الناس ، وأرى أن توضيح هذه الحقيقة لازم حتى لا يذهب
الناس بمفهوم خاطئ . يطلبون ما ليس موجوداً أو يتصورون صوراً هى أبعد
ما تكون من الواقع والممكن .

أما الصورة المقابلة وهى التى يمارسها المحللون النفسيون - عندنا على الأقل -
فهى أقل بهجة وإن كانت أكثر تعقيداً ، فهى تم دون كيمياء مساعدة ودون
تطبيب حقيقى ، فتكون فى النهاية أقرب إلى مسلسلات التليفزيون وقصص
إحسان عبد القدوس ، وأنا بذلك لا أنتقص من محللين ممتازين وهبوا حياتهم
لإزالة شغلة محدودة فى تطور الطفل والإنسان ، أما أنها طريقة وحيدة أو أولى فى

العلاج فهذا شيء آخر .. ليس علميا ، وفي نظري ليس علميا كذلك .

لذلك قد شغلني كثيراً جداً ما يمارس في عيادات الطب النفسي وكيفية التقريب بينه وبين عقول الناس حتى لا يتوصفون ما ليس قائماً ، ولا ينجدهون فيما هو قائم .

ومع هذا فلم يمنعني كل ذلك من أن أصادق من يلجأ إلى وأن أسير معه على الطريق فترة من الزمن ثم تنفصل سلهو متنبئاً له مواصلة السيرة .. وتصبح أصدقاؤه بصورة أخرى .. وكنت أتصور دائماً أنه ربما يكون هذا علاجاً نفسياً .. أو قلنسمة إسما عادياً أكثر : صداقة علمية .. أو « مسيرة إنسان يعرف بجوار إنسان يعانى » أو أى شيء آخر إذ ماذا تهم « التسميات » ؟

وفي الآونة الأخيرة حين رأيت رؤية الحلالين المحدثين من أقسام الشخص على نفسه ، وتعدد ، وانسحاب أجزاء منه لتكوين ذوات مستقلة لها مواصفات وقوة تكويفية خاصة ، لما رأيت هذه الرؤية وبدأت أنظر في كلام أصدقائي المرضى وجدت أن الصراع فعلا ليس بين التراز والمجتمع ولكنه صراع بين الذات ، والذات وأن في كل نفس ذوات متعددة وأن هذه الذوات تصارع فيما بينها وقد تأخذ أشكالاً لأشخاص في تاريخ الفرد أو في واقعه ، فترى الشاب يتصارع مع أبيه في داخله ، ومع رجل الدين ومع صورة المستقبل في قس الوقت ، ويدور الصراع أقصى ما يكون في فترات النمو الفردى أثناء العلاج ، وكنت في مرة أقول هذا لراى لأحد الأصدقاء المرضى قتلته : « ألا تلاحظ أنك تتكلم بأكثر من لغة وتحس بأحاسيس متنوعة في مواقف مختلفة ، وفي جلسات متلاحقة ، ألا تحس أن ذلك يشير إلى أنك ربما اثنين » قال « اثنين .. قل ألف » قالها بصديق وانفعال ...

ولا أحب أن يكون هذا التصور هو مقابل لتصور انقسام الشخصية أو ازدواج الشخصية ، وإنما هذه الحقيقة هي حقيقة كل نفس .. صراع بين التقدم والتدهور ، بين الجديد والقديم ، وكل قديم أو جديد يأخذ صوراً متنوعة لها صفات يمكن تمييزها على أنها أفراد محددون .. بل يمكن تسميتهم في كثير من الأحيان ؛ فكثيراً ما كان يحدث في جلسة أن أجلس مع المرضى .. وتتصور الثالث يجلس معنا مستقلاً منفصلاً على كرسي ثالث ويدور الحديث وكأنه بين ثلاثة .. ونرجح انتصار الجديد على القديم ، وكثيراً ما كان يدور نقاش في أول الجلسة عن « هل جئت وحدك » فيقول « لا .. جاءت معى ضرتى » أو « من أنت اليوم ؟ » فيقول « أنا هو أنا » وبعد قليل من الأمان والوقت يتبين أنه « آسف لست أنا ... كان أبى .. وأنا ما حضرت إلا الآن » ، وحين يتبدل الشخص من واحد لآخر يمر به صدام أو دوخة غريبة ثم يفيق إفاقة رائحة ، ويصعب من كل هذا كان يقول ، وكنت أحياناً أرى الطفل الصغير الذى يولد أثناء العلاج يحاول جاهداً أن يشق طريقه وسط أشخاص من كل صنف .. ويتلطم بين الأرجل وتكاد تسحقه الأقدام .. وكأني أناديه مثل حوادث زمان « إظهر وبان .. عليك الأمان » والشئ الوحيد الذى يظهره هو « الأمان » وكان أهم شئ في العلاج النفسى ليس التحليل ولا التفسير ولا الوقوع على الحادث المؤلم وأصل التثبيت .. النخ ، وإن كان هذا كله جزءاً من العلاج إلا أن العلاج في النهاية هو هذا الجو الآمن « إظهر وبان عليك الأمان »

وكنت أود في هذا المقام أن أعرض بعض أقوال المرضى بالنص ، ولكنى أؤجل ذلك إلى مرحلة عرض للمادة الإكلينيكية متكاملة .. وأكتفى بهذه المقطعات والفكرة العامة ، ولكنى أحب أن أشير إلى أن الطفل الذى يولد

أثناء العلاج النفسى كان يظهر بصورة واضحة ومليمة فى الأحلام ، كما كان يظهر فى الجلسات أثناء العلاج ، وكان يظهر بهذه الصورة المباشرة وكنت ساعها أتذكر فرويد وعناؤه فى التفسير النفسى للأحلام . . وأتصجب فقد ثبت أن هناك بداهة أكثر من « أكبر الأمور بداهة » عنده وقد اعتبرها التفسير النفسى للأحلام ، فالبلهسى أن الانسان لا بد أن « يكون » أولاً قبل أن يسعى إلى « كيف يكون » وللأسف فإن التركيز على كيف نكون أغفل تماماً السؤال الأول : هل نحن كائنون أصلاً أم لا ..

هذا هو العمق الحقيقى للعلاج النفسى ، وهذا هو الدور الحقيقى للطبيب النفسى أن يرى نفسه على مسيرة التطور ، ثم يرى الإنسان الممزق بين القديم والجديد ، ثم يعطى الأمان من إنسان لإنسان ، ليدع الطفل يولد ويعود لينمو من جديد فى هذا الجو الآمن ، ثم ينطلق ليتألف مع بقية أجزائه وشخصه فى كل مقتاسق جديد ..

وفى كل ذلك نستعين لتلك الكائن المصنوع من لحم ودم ، بكل وسائل العلم الكيمائية والفيزيائية ، وكل ما أوتى الانسان من حب .

ما أصعب كل هذا . . وما أبعد عن الأذهان . . وما أكثر ما حيرنى . . وما أكثر ما أسعدتنى نتائجه ..

العلاج بالعقاقير :

ضاع العلاج بالعقاقير بين فريقين على طرفى نقيض قد كان التحليل النفسى يصور استعمال العقاقير فى أغلب الأحيان أنه ضد للعلاج النفسى ، فهو المعارض له أو الملوِّق له فى كثير من الأحيان ، وقد حدث هذا الانقسام الذى لا مبرر له نتيجة لأن الذى يعطى عقاقير لا يمارس - فى الأغلب - العلاج النفسى العميق ، والى عكس

صحيح ، كما أنه كان نتيجة لتدخل الزملاء الأفاضل المختصين في الأمراض العصبية بمعلوماتهم العظيمة عن الشلل والأورام - في مجال الأمراض النفسية ، وهو مجال مختلف تماما ، لا من حيث أنه ليس وظيفة للمخ ولكن من حيث أن الطب مهنة ، وأن هذا القرع من المهنة رغم أنه يتعلق تعلقاً مباشراً بنشاط المخ إلا أن له طوقاً وأساليب تختلف تماماً عن أساليب دراسة وتشخيص وعلاج الشلل وضُمور العضلات . .

هذا استطراد ثانوى ترجع بعده إلى العقاقير . . .

منذ أوائل الخمسينات ظهرت العقاقير التي عرفت فيما بعد « بالمهدئات العظيمة » وكان المقصود منها أنها عقاقير لها مفعول مهدىء بدرجة بالغة دون أن يؤثر على النوم أو على القدرات العقلية الأخرى ، ورغم أن وصف هذه العقاقير بأنها « مهدئة » لا أكثر ولا أقل ، إلا أن استقبالها في مجال الطب النفسى كان استقبالا عظيماً ، لا لأن الطب النفسى كان مفتقراً إلى التسكين دون نوم لحسب ، لكن ربما أحس الأطباء النفسيون - دون يقين على - أنهم وضعوا يدهم على مفتاح المشكل الذى حيرهم أبداً . . .

وكان أول عقار استقبل هذا الاستقبال اللائق وحل مختللاً إلى حقل الطب النفسى هو عقار الكلوربيرومازين المعروف باسم « اللارجا كتيل » الذى اكتشفه الأستاذ الدكتور جان ديليه ، وزميله دينيكير ومازال من أحسنهم جميعاً . . .

وقد تصادف أن كانت مهمتى العلمية في فرنسا في قسم الأستاذ الدكتور ديليه عضو الأكاديمية الفرنسية ومكتشف هذا العقار وقد حضرت معه الاجتماعات العلمية القليلة التى قادها ، وكان مهيباً رهيباً ولكنى لم أجده شيئاً جديداً بالمقارنة بالأستاذ الدكتور « إى » مثلاً كما سبق أن ذكرت ، أما هيئته ودرهته فيعرفها كل من يعرف « هيراركية » الطب في فرنسا ، ويعرف كيف يتمتع

الرئيس بسلطات لاحدود لها ، ويرف المبحوم الذى وجه إلى هذه السلطة غير المحدودة فى ثورة مايو ١٩٦٨ ولم تصطم بقدر كاف ، وكان الأساتذة الأصغر مثل يشو ودينيكير مجلسون فى حضرته مثل التلاميذ رغم « عادية » ما يقول ، ومن ضخامة ما كان يتمتع من هيبه كنا نطلق عليه أحيانا اسم السيد الإله ، وربما كان ذلك لتقارب نطق مقاطع اسمه (بالقلوب) Delay من اسم الله بالفرنسية Le dieu ، وحدث شئ طريف لأنساء يعلق بكرسى عتيق فى مكتبه ، فقد كان القسم فى سيبله إلى الانتقال إلى مبنى آخر جديد ونخم ، فترك مسيو ديليه مكتبته (مؤقتا) والمكتب الملحق بها ليشغلها صديق برينيق الذى كنت أعمل معه فى قسم الطب النفسى الاجتماعى (وقد تحدثت عنه بافاضة أثناء عرضى للصحة والمرض) كان ذلك الكرسي العتيق يخرج القش من قاعدته بشكل نشاز وسط أثاث الفرقة ونمىل إحدى قدميه ويرقص المسند عليه بلا مسامير فهو لا يصلح الجلوس ولا للتنقل لأنه يخشى عليه من الحركة ، وبديهى أنه كان محل تساؤل منى فانطلق بيير يضحك ضحكته الطليانية وقال إن هذا كرسي مسيو ديليه ، وقد طلبت نقله فقالوا لا نستطيع أن ننسبه إلا إذا حضرت مدام ديليه وأدلت برأيها الأخير فى مصيره ، وقد كان ، وحضرت وشاهدته وعايته ، وأجلت النطق بالحكم حتى يتم النقل نهائيا ، ولكن النقل لم يتم حتى غادرت باريس بعد سنة ، ولم يتحرك الكرسي من مكانه ، وفى مرة كنت أتناقش مع صديق بيير عن حكاية المناصب والاساتذة ذوو الكراسى والأساتذة من غير كراسى ، ولحت الكرسي العتيق أمامى وقلت له أنى سأجلس عليه فى حذر وأنقط صورة لى ، فإذا ذهبت إلى بلدى زعمت أنى شغلت كرسي الأستاذ الدكتور ديليه لفترة من الزمن وأنا أحمل الدليل على ذلك ، ومن يسأل أبرز له الدليل المادى المتند ،
واصلقنا نضحك من الأعماق .

المهم أنا لا أعرف لماذا ذكرت هذا الاستطراد ولكنى أردت أن أظهر بعض معالم الميراثية في الطب النفسى حتى لا نضجر من مثلها عندنا بثورة لم تنضج ، وفى نفس الوقت أردت أن أظهر هيئة الرجل الذى اخترع العقار الذى هدانى إلى ما أنا فيه الآن رغم أنه هو شخصيا لم يعطه نفس الأهمية الديناميكية التى تبينتها مؤخرا ، بل إنه هو شخصيا لم يؤثر فى بالدرجه التى أثر بها فى عالم آخر غير جامعى سبق أن أشرت إليه ولن أمل الإشارة إليه وهو « هنرى إى » .

محاورة مع سارجنت :

ظهر عقار اللارجا كتيل وتبعه عقارات متعددة من فصيلة الفينوثيازين ، ومنذ حذقت استعمالها زاد فهمى للانسان وقدردتى على السيطرة على الموقف ، كما صرت أكثر شجاعة فى الفوص إلى الأعماق ومن كثرة ما كان استعمال هذه العقاقير ديناميكيا يثيرنى نشوة وإعجابا ، بقدر ما كان إعطاؤها الأعمى يحدث لى الغثيان ، وحين حضر الأستاذ الدكتور سارجنت (وهو من قادة العلاج المضوى للأمراض النفسية فى إنجلترا) - ليلقى محاضرة فى القاهرة فى جمعية الصحة النفسية سنة ١٩٧٠ عن المستحدث فى علاج الأمراض النفسية بالعقاقير عرض الأمر بذكائه وعلمه فى صورة غريبة - على على الأقل - عرضها بمثل هذا الكلام « إذا جاء المريض بعد الثلاثين وقد كان سليما معافى قبل ذلك ، إذا جاء يشكو من أعراض خجائية فهو فى الأغلب جدا مكشوب بعض النظر عن الأعراض فلذا أعطيته عقار كذا بكية كذا فله فى الأغلب جدا يشفى دون قيد أو شرط .

ثم تكلم عن الأعراض والأمراض الأكثر خطورة وتناول العلاج بادئا بالكيمياء ثم مثنيا بالكهرباء وأخيرا بالجراحة . . ودتم . .

وقلت له سائلا : « إذا نحن استعملنا هذه العقاقير بتلك الطريقة البسيطة

دون محاولة فهم التأثير المثبط للطاقة النفسية اللازمة لتطور الانسان وللخلق
والأصالة . . هل نكون مساهمين في مسيرة الحضارة أم معوقين لها ؟
قال :

« إن استعمال العقاقير ديناميكية له مؤيدوه . . ولكنه لم يثبت أنه أضاف
جديدا لفهم الانسان » .
ثم أخذ يهاجم تحليل مرضى النصام وفشله الفريع ، وقد ظن أنى من الذين
يمارسون التحليل النفسى هليديا ، وأخذ يؤكد لى أن هذا الطريق مظلم
لا قرار له .

وكان أمينا حين ذكر فى رده اعتراضا مماثلا للدكتور هـ . لانج صاحب
كتاب النفس المنقسمة Split Self حين قال الأخير فى هجومه على هذا الاستعمال
الأمعى للعقاقير « أنت تضغط الناس ، تشكلمهم ليماثلوا النمط الاجتماعى السائد . .
ليصبحوا رقما مطيعا ترسلونهم بعد ذلك إلى فيننام ليقتلوا الأبرياء ويقتلوا أنفسهم »
فقل هذا الاعتراض المائل بأمانة ثم أضاف :

« ولكن هذه العقاقير تجعل تفكير الانسان أحسن ، وحكمه أدق فيصبح
ناصر أو كاسترو أو نيكسون » . .

وكان وانحيا فى رده أن تطور الإنسان عنده أن يتبع الفرد فلانا أو علانا
وأقل القوى التى صنعت ناصرا أو كاسترو ، وهى ليست هذ العقاقير على
كل حال .

ولم يكن هنك مجال لاستمرار المناقشة ولكن خيالى المحتج ذهب يتصور
المالج بهذه الطريقة مثل واحد فى بلدنا يصلح بواير الجاز ، وهو يضع العقار فى
فى حقنة طرفها منى مثل ابرة وابور الجاز ويقول « كده تسليك .. كده توليع ..
خلص الجاز . . لإديله سكباس »

وقلت « اللهم اغفر لي يا شيطان عقى » .. ثم قلت .. لا .. يفتح الله ..
وترداد حيرى ..

وقد اكتشفت من خلال الفكر التحليلي أن للإنسان أكثر من ذات واحدة . سموا بعضها مرة الذات الناكسة Regressive Ego والذات الحقيقية مرة True Self والذات المركزية مرة Central Ego ورأيت ذلك فضلاً محتملاً إلا أنى رفضت وضع هذه « الذوات » في الهواء الطلق » فقد رأيتها ليست مجرد نتيجة لطبيعة علاقات الطفل بالأم بل هى مخلفات تاريخ بيولوجى طويل، أما الأم فانها تغذى تركيياً موجوداً فضلاً بطريقة معنية من المعاملة .. فينشط لمدة طول أم تقصر ثم يكن متحفظاً في أغوار النفس ، حين تصورت ذلك تلاق الفكر التحليلي مع الفكر الانثربولوجى والبيولوجى عندى ورأيت الانسان ليس عدة ذوات ولكن عدة أعناق بعضها فوق بعض أنثربولوجيا وهدانى إلى تأكيد هذا بعد ذلك النوعية الجديدة لعمل هذه العقاقير ، فصورته أن كل عقار يعمل على منح قديم أو حديث دون آخر . وكان هذا التزاوج أول خطوة هدتنى للطريق . ومرة ثانية لا أستطرد بدون مادة إكلينيكية وإنما أشير فقط إلى أن عدم رفض الأفكار المتناقضة هو السبب الحقيقى فى رؤية الجديد .

ومنذ هذا التاريخ وأنا أستعمل العقاقير بصورة مختلفة تماماً عن ذى قبل أعطيها فى ثقة وتحديد ، وأضع لكل مريض فرضاً ، وأعطى العقار وأشاهد النتيجة لتحقيق الفرض وغالباً ما يتحقق ، وأحياناً لا يعطى القيمة التى تصورتها أول الأمر فيكون هذا هو حل المشكلة جزئياً لأنه ينير أمامى نقطة كنت مغفلاً ، أو يهدينى إلى صفة لأحد مستويات النخ (أو لأحد ذوات الانسان) لم تكن تخاطر لى على بال وهكذا أصبح كل مريض مشروع بحث قائم بذاته ، وأصبح كل عقار هو « المنير » الذى يهدينى طريقى إلى الفهم والعلاج ، كل ذلك فى إطار علاقة الحب الانسانى أولاً ، ولم يخاطر فى بالى لحظة من اللحظات أن العقار سوف يبنى عن هذه العلاقة الانسانية التى هى الاصل فى كل علاج نفسى وفى كل تطور إنسانى .

وكننت أتصور الموقف على النحو التالي (وخاصة بالنسبة للقصاص للبكر):
إن قوى المخ البدائي تنشط نتيجة لقشل المخ الحديث ، وأن العقاقير تثبط عمل
هذا المخ البدائي مستقلا عن بقية أجزاء المخ ، لأن القصاص إنما ينشأ إذا نشط هذا
المخ البدائي ليعمل مستقلا عن بقية الكل وحساب النكوص .. إذا فلابد أن
يثبط عمله مؤقتا .. ولكن هذا لا يكفي إذ أين تذهب الطاقة ؟ لابد من جذب
إنسانى حانى نحو الحياة ولا يتم هذا إلا بوجود إنسان سالع يعطى الأمان ويفتح
قلبه منتظرا استقبال الطاقة ، كما لا يتم إلا بتوجيه هذه الطاقة إلى العمل
فى نفس الوقت وإلا توقفت فى محطة متوسطة مثل محطة المخ الاكتئابى

وهذا الفهم الجديد هو الذى أعطى لكل شىء معنى فى نفس الوقت ، وهو
الفهم الذى أجدنى أ كبل القلم تكييلا حتى يتوقف عن الاستطرداف فى شرحه، وإلا وقت
فى خطأ عظيم بررض نظرية مبتورة دون أدلة ، إلا أنى لا أملك إلا أن ألقى بضوء
خافت على مسار تفكيرى وأترك الباقي لتفاصيل علمية تظهر فى حينها .. إلا أن
هذه الإشارات ضرورية حتى يمكن أن أطمئن الناس إلى أن العقاقير ليست
بديلا عن الحب الإنسانى والفهم الإنسانى والاستماع والرعاية والعمل والتوجيه ،
وأنه حتى هجمونا الدوائى على جزء من المخ لا يهدف إلى القضاء على نشاطه بل يهدف
أساسا إلى تهدئة نشاطه الهدام ، ثم توجيه كل النشاط إلى البناء والحياة . وكل ممارس
للطب النفسى يعرف مقاومة تصطبى العقاقير مقاومة هائلة ، وحين فهمت الانسان
على أنه عدة ناس ، كنت أعرف فى محاورتى معه من الذى يقاوم إذ أن الذى
يقاوم عادة هو أحد هؤلاء الآخرين فى داخله الذين يهيمهم ألا يهدم نشاطه
الهدام ، وكننت أطمئنه أن هذه فترة مؤقتة ثم يعود الكل للنشاط فى إطار واحد،
وحساب الحياة والاستقلال وليس لحساب المجتمع الزائف والقهر والتشكيل ، وكان يقتنع

فى كثير من الأحيان ، ورغم أن الاقتناع هو أصل العلاج إلا أن العلاج وحتى
الكيميائى منه يساعد على الاقتناع ، اللهم أن نكسب الثقة أولا ، ثقة « كل »
المعنين .. أو بالأسلوب الجديد .. ثقة كل الأنحاح !!

وفى هذا الإطار الجديد لفهم الكلى صالحت علجا آخر طال خصامى
معه اعدة سنوات :

العلاج بالكهرباء

للـعلاج بالصدمات الكهربائية سمعة سيئة جدا ، وقد حيرنى تماما طوال
ممارستى للمهنة ، قويا عدا بعض حالات الاكتئاب الصريحة التى سبق فى الأغلب
أن شفى من بضعة صدمات كهربية ، كنت لا أحقق استعمال هذه الوسيلة
المتأزة فى العلاج ، كنت أعطيها أحيانا فيستجيب المريض استجابة عظيمة لصدمة
أو اثنتين أو أربع ، وفى الخامسة تدهور الحال تدهورا ملحوظا فى نسبة كبيرة
من الحالات ... وأتردد .. وأحتر .

وكنـت أصفها قبلا - مثل معظم العلاجات - بطريقة تجريبية اجتهدية ،
وأحاول أن أراجع الكتب لتهدينى فأجد العجب - كالمستاد - فكثير من
المكتوب هناك يشير إلى أن « بعض » الحالات من تشخيص كذا تستجيب
للـعلاج الكهربائى استجابة عظيمة ، فى حين أن « بعض » حالات أخرى من نفس
التشخيص لا تستجيب ، وقد يصف هذا البعض وقد لا يصفه ..

ولكن أغلب المرضى - إذا أحسنت الانتقاء بالخبرة والإحساس والتاريخ
السابق - تستجيب استجابات عظيمة لهذا العلاج ، ومع ذلك فقد كنت
أجدنى مترددا فى وصفه .. متكاملا فى مواصلته .. بل محرجا فى تبريره
رغم ثقى بنتأجه ..

وكنت أتساءل : لماذا يرفض هذا العلاج أغلب المرضى بدرجة أكبر بكثير من علاج العقاقير ؟ وكان الجواب يأتي أن الإنسان لا يحب أن يستسلم هكذا لقوى خارجية مجهولة وهو فاقد الوعي لا يعرف أين تؤدي به ، والسبب الثانى أن الحالات النفسية التى تدهور - فى الأقلب لدم انتظامها فى العلاج أو لدم استكمالها - تميل إلى أن تعزو سبب تدهورها إلى شيء ملموس يمكن الرجوع باللوم عليه ، وما أسهل كلمة الكهرباء يطلقون عليها كل الأخطاء واللوم والسخط ، وبذلك ينفون أنفسهم من المسئولية الجزئية المرتبطة بحدوث المرض أو بالتقصير فى علاجه ، كما يبرثون خلاياهم من مسئولية الوراثة . . وتصبح الكهرباء هى السبب الأول والأخير . .

والسبب الثالث لسوء السمعة التى لحقت بالكهرباء هى أن الحالات التى تشفى بها لا تحدث أمام قريب أو غريب عن أنها أخذت علاج الكهرباء وشفيت لأنه حتى الآن يعتبر ذلك عيباً أو نقصاً يستحسن إخفاؤه وربنا أمر بالستر ، أما الحالات التى لم تتحسن بالعلاج الكهربائى فهى التى تعلن فشلها وتعزوه إلى العلاج وليس إلى إزمان الحالة ، ولم نسمع أحداً يقول أن حالته تدهورت بالرغم من الكهرباء بنفس النسبة التى نسمع بها الشكوى من أن الحالة تدهورت بسبب علاج الكهرباء .

تردد .. وحذر .. ثم ..

هكذا كان موقفى أمام هذه الوسيلة المتأخرة فى العلاج : تردد وشك ، وثقة وحذر ، وتساؤل ... خليط عجيب لم يبدأ خلال ستين طويلة من الممارسة ، لم أستسلم لتفسير قراءته ، ولم أفتح إلا بكلام الرضى واستجاباتهم ، وظلت هذه المشكلة مثل كل المشاكل التى سرحتها معلقة فى رأسمى لا تدخل إلى حد التسليم

ولا تخرج إلى حد الرفض حتى اهتديت بتقدم أفكار التحليل النفسى الحديث إلى رؤية الإنسان عدة أناس .. وانتهيت بعلاج العقاقير إلى رؤية المنع عدة أنماخ ثم قابلت بين هذا وذاك وصارت لغة .. وحينئذ استندت إلى العلاج الكهربائى وتساءلت : إذا كانت العقاقير الحديثة تعمل على منع دون آخر وإذا كان العلاج النفسى ووجود الإنسان المحب يجذب حركة القوى المحبة إلى الخارج يا إلى الحياة ، فإذا قتل الصدمة الكهربائية وهى التى توقف عمل كل الأنماخ للحظات ثم تعود للعمل فلا يوجد اختيار أو تفضيل منع على منع ، وهنا تذكرت قانوننا من أبسط قوانين الفسيولوجى وهو قانون « ستارلنج » وهو قانون صالح للتطبيق على العضلة المفردة وعلى القلب وعلى الحياة بصفة عامة ، وهو يقول بإيجاز أن الصدمة — أى صدمة — تزيد الضعيف ضعفا وتزيد القوى قوة ، فإذا كان هناك عدة أنماخ فلا فإن الاستجابة للصدمة الكهربائية تتوقف على أيها الأضعف وأيها الأقوى ، والضعف والقوة هنا لا يأتى حسب حسابات اللحظة الراهنة فحسب بل يدخل فى حسابه التاريخ السابق والإمكانات المتاحة لعمل كل منها فشلا فى أول المرضى — بغض النظر عن نوعه — يكون المنع ذو النشاط المرضى ضعيفا فيكون العلاج الكهربائى مفيدا جدا أفضل مما لو أزمى المرضى حيث يأخذ النشاط المرضى قوة تزداد بإحداث الصدمة ، وفى حالات الهوس الحاد حيث يكون نشاط المنع الهوسى قوى جدا لا يصلح علاج الصدمات الكهربائية بحال إذ أنه يزيد هوسا .

وسأضرب مثلا واحدا أخيرا فى كيفية عمل وسائل العلاج المختلفة مجتمعة مع بعضها ، فأنى دائما أتصور أن العقاقير المهدئة العظيمة تضعف الأنماخ ذات النشاط المرضى الانسحابى أو العدوانى ، وأن الحب الإنسانى يمثل قوة جذب إلى الخارج وإثارة للنشاط

الصحي نحو اقتحام الحياة في أمان ، والعمل يحور مسار هذا النشاط وكأننا أملم قطار توقف ، عمده له الطريق وتناكد من صلاحية القضبان (توجيه العمل) ثم نسد الطريق الخلفي (بالمقاير) ثم نضع قوة جذب أمام القطار (الانسان المحب) ثم تحدث الصدمة بعد ذلك فينطلق القطار ... ولا تنتهى القصة ... بل ربما تبدأ بعد تلك الصدمة وتستمر المعركة لترجح كفة الحياة وجذبها ، وبالعقار والعلاج النفسى والعمل تستمر جميعاً لخلق الانسان الجديد ..

بهذا الفهم المتعدد الجوانب وبدأن استعمال الصدمة الكهربائية على جانب واحد بحيث لا تؤثر على الذاكرة بدأت أحدد على وجه الدقة متى أعطى الصدمة الكهربائية ولماذا ؟ وبدأت أحدد على وجه الدقة كم صدمة أعطى ومتى أعطى التالية ، ولم يعد عندى إطلاقاً أى تحديد لعدد مسبق وكثيراً ما كنت أعطى صدمة واحدة تكفى للتغلب على موقف محدد ... وحين جمعت هذه الحالات التى أخذت صدمة واحدة ، وأخذت أتحدث عنها مع زملائى دهشوا وهاجونى فى فكاهة وأنا أقول لهم أنه أحياناً فى حالات كذا أعطى « كهرباية » وقالوا « كهرباية ؟ طب خليمهم اثنين » ليذكرونى بأحدى المسرحيات حيث يقول فؤاد المهندس طميمية ؟ طب خليمهم اثنين

ودون تردد دخلت الكهرباء فى الإطار العام .. ويتوقيت غاية فى الدقة ، حتى أنى أعطيتها لبضعة حالات فى ليالى الامتحان دون أى تردد ما دامت الحسابات دقيقة ودخل جميعهم الإمتحان وحققوا نتائج باهرة . فى حين أنى كنت أتردد فى إعطائها قبل الامتحان بعدة شهور قبل ذلك .

ولن أطيل فى تفسيرى لهذا العلاج فى هذا المقام المحدد حيث أعرض فسكرى بصفته مشاعر شخصية وليس بصفته نظرية علمية ، ولكنى أذكر فقط أن المقابلة بين

الأطوار التي يمر بها الإنسان المعاني مع مفعول الكيمياء والكهرباء والعلاج النفسي جميعاً في كل متناسق هو المفتاح الحقيقي لوضع الفرض الجديد ، وأن تركيز إهتمامي على العلاج هو الذي أوضح لي جذور المرض ، وحقيقة الإنسان .

متفرج ام مساهم ايجابي ؟

ولكني أحب أن أشير هنا إلى النقطة التي صاحبت ولادة ذلك الفرض الذي أسميه ثورة فيما يتعلق بالعلاج ، فالمركة التي احتدمت في داخل بين الطبيب والإنسان بدأت بأن طغى حماس الانسان الشاب ، ثم انتصر الطبيب الشيخ .. ولو ظاهرياً ولولفترة ، ولكن الانسان لم يهدأ ولم يرض أن يقف موقف المتفرج ، ثم ثار أخيراً ، ونتيجة لثورته الكاملة اتخذت موقفاً إيجابياً في العلاج ، أساهم به في مسيرة الانسان الثائر .

وراجعت كل شيء من موقفي هذا بين الكهرباء والكيمياء والعلاج النفسي ، وتذكرت توقعات فرويد البيولوجية ، ولكنني عثيت على بعض اتباعه وتوقعهم بتطور الانسان ، وجودهم عندما ترك فرويد لحظة موته ، ناهيك على قصر اهتمامهم الأول على أبسط أنواع المرض النفسي (المستعرج) وأستغفها (عصاب القهر) دون بقية الأمراض الأساسية في سلم المرض ، ثم انهاء الجانب البيولوجي من فكرهم .. ورأيت أن هذا القهم الجزئي الجامد إن لم يدخل في السكل الجديد فانه فهم قاصر ومثوق .. وكرهت موقفهم السلبي وإن كنت انبهرت واهتديت بأفكار بعض المحدثين دون اتباع طريقهم - فوقف للمتفرج الذي يبحث عن الأسباب والشحنات الخفية داخل العقد والتلايف غير موقف الانسان الايجابي الذي لا يتعلق بتفاصيل ما كان ، إلا بمقدار ما يتضح القهم ثم

تكون رؤيته « الآن » و « الند » أوضح ، فهو لا يتساءل لماذا حدث هذا ،
ودمى ، ولكنه يتساءل أيضاً لماذا لم يستمر « ذلك » النمط فى الحياة ؟ وماذا جدّ
حتى يضطرب ذلك الموقف الهادئ ؟ ثم : ماذا بعد ؟
وأصبحت رؤيتى للمرض النفسى أكثر وضوحاً :

اضطراب تكيف أم اضطراب كيان ؟

أصبحت أضع فى الاعتبار سؤالاً جديداً جوهرياً بديلاً عن السؤال القديم
« عصاب .. أم ذهان ؟ » أو « مرض نفسى .. أم عقل » أسئلة سخيفة لم يعد
لها مكان ، توق أكثر مما تهدى ، وإنما أصبح السؤال فى صورته الجديدة هو :
« اضطراب تكيف .. أم اضطراب كيان » .

وذلك إنما يعنى التساؤل : هل الاضطراب الذى حدث هو محاولة من
نفس النظام القائم فى التغلب على بعض المصاعب على الطريق فى سبيل
إعادة التكيف . ؟

أم أنه فشل تام لهذا النظام بحيث أن الكيان نفسه قد اهتز ، فلا بد من
ثورة أو مشروع ثورة لإعادة تنظيم الكيان بطريقة جديدة .. ؟

ولا تخفى العلاقة بين اضطراب التكيف واضطراب الكينونة فقد يصل
فشل التكيف إذا كان تاماً إلى اضطراب الكيان من الداخل . كما قد ينتج عن
اضطراب الكيان سوء تكيف لا يحلّه إلا تغيير شامل بمزيد من التطور .

وبمعنى آخر فإن اضطراب التكيف هو — من وجهة النظر هذه —

اختلال كى فى طريقة الحياة العادية .

أما اضطراب الكيان فهو تغير كفى فى نوع الوجود .

المهم هذا موضوع قد يحتاج إلى تفاصيل ، إلا أن أهميته فى هذا المقام أن علاج الأمراض قد اختلف عندى منذ رأيت هذه الرؤية .

فإذا كان اضطراب « تكيف » فإن الواجب الأول هو فهم أبعاد المشكلة والمساعدة لإعادة التكيف كما كان ..

أما إذا كان الاضطراب هو اضطراب كيان .. فلا بد من ضبط الثورة حتى يتم إحلال البديل الجديد محل القديم الفاشل .. وإلا فإن التدهور محتم .

وكنت أجدنى غير متحمس لمشاكل التكيف رغم احترامى لآلام صاحبها ، ولكنى ألجأت إلى وسائل سطحية تساعد على التكيف ، وسرعان ما يعود المريض « كما كنت » على حد التعبير فى التدريب العسكرى ، وفى كثير من الأحيان كنت لا أعجب المريض فيختفى ليذهب إلى زميل أحذق منى فى التفسير والتبرير والترويض والتسكين ، المهم أنى أعتبر مساعدة هذا النوع من المرضى ضمن واجبى كطبيب لا بد أن يساعد من يستنصحه ، ولكنه ليس من ضمن رسالتى كإنسان .

أما مشكلة الكيان فهى مشكلة « وجود » أو « كينونة » ، تعصل بجوهر وجود الانسان وبالتالي فهى من صلب مشكلتى ، ولم أكن أحاول أن أعيد الأمر « كما كنت » لأننى حتى لو حاولت فلن يحدث ذلك أبداً ، والذى يتصور أن للمريض عاد كما كان بعد اختلال كيانه إما يرى الشكل الظاهرى للأمور ولكنه لو قاسها بمقياس إنسانى دقيق يحدد به العواطف الانسانية بالذات

لتعجب أن التدهور أكيد وخفي ، فالإنسان الذي رفض نوع الحياة القائم ، أو بمعنى أدق الذي انهارت طريقته تماماً ليس أمامه إلا أن يصبح أسوأ مما كان أو أفضل مما كان ، ولكن ليس أبداً « كما كان » ، ذلك أن هذا النوع من الرفض الذي يتعلق بالكيان والكينونة والذي أسميته « أزمة تطوّر » يثير نشاط خلايا كامنة تحاول أن تعطى بديلاً عن ذلك النظام الذي فشل ، وهو بديل يمثل عادة مرحلة سابقة من التطوّر (بالنسبة للإنسان الفرد وبالنسبة للإنسان النوع) ، وتكون مظاهر المرض هي مجموع نشاط هذا المستوى البدائي ، وبقياً نشاط المستوى الأعلى ، والصراع بينهما ، وكنت حين أشرح هذه الفكرة لزملائي الكبار يقولون ما أصعب ذلك ، ولكني حين كنت أشرحها لزملائي الذين لم تنحصر في أدمغتهم موسوعات العلم ، كنت أجد فيها أسرع بل تشخيصاً أوضح ، فبدل أن نسأل ماذا يعني قول المريض « أعتقد أن الناس سوف تقتلني » وهل هذا وسواس أم ضلال ، كنا نسأل عن حديثه جملة : هل هو حديث من كيان واحد مثل كل الناس ، أم أنه يمكن رؤيته على مستويين ، وكان جزءاً من كلامه يعبر عن اتجاه ، في حين أن جزءاً آخر يعبر عن اتجاه آخر ، وكان فوله ذلك إما يعني ما يمانية جزء من نفسه من الجزء الآخر ، وكان ذلك سهلاً ، ومن واقع التجربة التي سأذكر تفاصيلها في موضعها العلمي ، كان الأمر سهلاً لدرجة أنه نادراً ما أخطأ طبيب امتياز أن يتبين أن الذي أمامه واحد أم أكثر بمجرد أن يعرف الطريق ، إذاً فقاومة الجديد ليست لصعوبته ولكن ربما لمرآته ، وربما للطبيعة البشرية فترة معينة من العمر .

وكنت بعد ذلك ، وبعد أن أدرك معنى اللغة ومصدرها ، أتدخل بحجاس وإحاجية مؤمناً أن الإنسان الكامل لا يصح أن يسيطر المخ الحديث فيه على الأنفخ القديمة سيطرة متميزة بل ينبغي أن تعمل جميعها في اتجاه تطوري واحد ، فكنت أعطي الدقائق

لأهدنى ثائرة الإنسان القديم داخل المريض، ثم لأطلق سراحها في الإطار العام، لأنه لو، كان الهدف هو مجرد القضاء على نشاطها، فحقن بذلك ترجيح أن يستمر الانسان، قصا مسطحا بلا أعماق، وهذا هو السبب المباشر في فشل النظام السابق: بالمرض، فكان خلايا الإنسان القديم قوله بالمرض -: ما دمت أيها الإنسان الحديث نسيئتي وفشلت في أن تكيف معى فدعنى أنطلق بلنقى الخاصة، وحتى إذا تحطم الهيكل كله، فنى وعلى أعدائى... وليكن ما يكون.

وهنا ينبغى أن تتدخل الكيمياء حتى لا يكون ما يكون، فهدىء الخلايا الثائرة بالعقاقير الحديثة التي كان لها الفضل في هذه رؤية لما لها من عمل اختياري على أشكال معينة من السلوك، وبالتالي على خلايا ودوائر معينة في المخ، بل إلى وضعت لها ترتيبا تصاعديا من واقع خبرتي يقابل مستويات المخ في القدم، ذلك أن بعض المهدئات العظيمة تعمل على المخ القديم السلبي دون الحديث الميكانيكي، وغيرها تعمل على المخ القديم الايجابي... وهكذا، وهذه الرؤية جميعها هي التي أيقظت انتباهي للتوفيق بين التحليل النفسي والملاج الكيميائية وتطور البشر وتطور الانسان الفرد، إلى جانب ما أشرت إليه من طريقة « مسح النشاط الأضف » بالكهرباء...

كل هذه العلاجات تعمل جنبا إلى جنب في دقة متناهية، وفي جو من الحب الانساني العام الذي يحتاج إلى فهم عميق، ووقت طويل، وصبر، وقدرة غير محدودة على العطاء، على أن هذه الطريقة العضوية في التفكير قد قرح بعض زملائنا المتخصصين في الأعصاب، إلا أنها أبعد ما تكون عن سابق تصوراتهم:

فهم يتعدون عن خلايا وكيمياء.

وأنا أبحث عن مستويات وظيفية تعمل فيها الخلايا، ولكنها خلايا غير محددة

ولن نتحدد بوسائل البحث الحالية - فهي ترتبط بدوائر كاملة منقشرة في كل مكان بالنظر غير أن العقاقير المحددة مكانها تطورياً ، وليس على وجه الدقة تشريحياً .
وهم يتصورون أن الكيمياء والكهرباء ستحل الاضطرابات النفسية

وأنا أرى أن الكيمياء والكهرباء ستجعل الإنسان أكثر قدرة على السيطرة على الموقف ، ولكنه سيحتاج إلى عمق أكبر في العلاج النفسي ، ووقت أطول ، وحب أشمل ، وصبر وفهم وتطور مستمر ..

إذا فهذه الدعوة ليست في نفس الاتجاه إن لم تكن نقيضاً لذلك الاتجاه الميكانيكي المحدود، إذ أنها دعوة عضوية دينامية أساساً ، بدأت منذ ساندور رادو ، واستمرت في « هنري إي » ، ووجدتها لا تستكمل إلا بالأفكار التحليلية الجديدة ، وفهم مفعول العقاقير والأثرولوجيا فيها تطورياً .

وآخر مثال أضربه للاختلاف هو أن بعضهم يقول أن الأمراض النفسية هي نوع من الصرع .

والعلاقة بين الصرع والأمراض النفسية كانت مفتاحاً مساعداً للأفكار التي هدتني إلى التوفيق بين كل شيء ، حتى وضعت الأمر في أسلوب آخر : وهو أن الصرع نوع من الأمراض النفسية في أغلب الأحوال ، فهنا نطلق الكل على الجزء . في حين أنهم يطلقون الجزء على الكل ..

وهكذا اعتبر الاختلاف جوهرياً وأساسياً بلا أمل في اللقاء القريب ، بل إن التوقع هو التباعد المستمر ، ما لم يتخلوا عن التفكير التشريحي ، ويتجهوا أساساً إلى الأسلوب المهني ، حيث الذي يحدد تخصص الطب وفروعه هو طريقة تعليم المعلم لهيبه ، وليس المنطقة التشريحية التي يقع فيها الاضطراب .

مرة ثانية أعتذر عن هذا الاستطراد ، ولكنها أفكار حرة منطلقة، مثلت جزءاً كبيراً من تكويني ومن خبرتي، ولا أجد مفرأ من أن أشير إليها على الطريق ، حتى أرجع إليها بالتفصيل .

وزارة التطور :

أكرر أن الناس جميعاً يتصورون العلاج النفسي نوعاً من الترفيه والمهادنة ، وهذا ما أوحاه إليهم الكلام عن الظروف والعقد ، وكله كلام نابع من فكرة التحليل النفسي ، ومن كثرة ما اشترت هذه الأفكار لدرجة عميقة فصلاً، كتبت مرة في نقاشي المتصل مع صديقي د. محمد شعلان أسبى التحليل النفسي بهذه الصورة « التحسيس النفسي » وفي إحدى ثورات غضبه واقفى وسماه اسماً على نفس الوزن وفي نفس الاتجاه ، إلا أنني لا أسمح لنفسي بذكره ، وأستميض عنه بكلمة « التحشيش النفسي » ، وإن أنكر ذلك المحدثون من المحللين ، إلا أن هذا هو مفهوم الناس عنه ، على الأقل في خبرتي المتواضعة :

يأتى المريض وأهله ، يريد أن يتكلم .. هذا حق واجب وضروري لفهم الحالة ودراسة جذورها ، ثم يريد أن يتكلم ... لا بأس من ذلك ، ثم يتكلم ولا يكف عن الكلام ، ويبحث عن القصص والروايات .. كل هذا طيب ، ويتصور أن العلاج يبدأ بالكلام وينتهي بالكلام ، ولا بأس من تفسير الأحلام على الطريق ، وبأحبذا لو بررنا الأعراض ووجدنا عذراً لكل تصرف ، وكل ذلك مقبول وموصوف في كل أنواع العلاج الحديث ، ولكن هذا كله مرحلة محدودة ، فقد كنت أرى في كثير من الأحيان كيف يمكن أن تكون هذه المرحلة خدعة كبرى تمهد لمزيد من الهرب من المسؤولية ومن التطور ومن الحياة ، ولا أنكر أن طول هذه الفترة قد كان له ضحايا في خبرتي أكثر مما تصورت . فقد كنت أشعر أننا

في باد ظروف الحياة فيه صعبة ، والقرص لا تنتظر ، وعندنا من السلبية والتواكل ما يكفيننا ويكفي عدة شعوب معنا ، لذلك فإن الأمر يختلف عن بلد أكثر رخاء ، وعرفت بعد عديد من الضحايا أن المريض يحتاج درجة هائلة من التوجيه الإيجابي الذي كنت أسميه أحيانا « الضبط والربط » ، حتى يستقيم على الطريق ، وإلا فإنه - في الأغلب - متدهور لا محالة إلى مستوى أدنى من الحياة تحت سمع وبصر اللافئات التحليلية ، والآمال النظرية المكتوبة في الكتب ، وكنت أشعر أنه - كما قال أفلاطون « القرد مثل الدولة » - إذا كان الحل الاشتراكي هو الطريق الوحيد لتطور الأمم النامية ، فإن العلاج الإيجابي هو الطريق الوحيد لتطور القرد المتخلف وخاصة في مجتمع متخلف . وهذا فقط نحى المريض من المهرب وهو رافع لافئة مكتوبا عليها تشخيص لا معنى له ، يهرب تحته وبالعلاج من الألم اللازم لتطوره ، وبالتالي يهرب من المسئولية المقترنة بجمريته كإنسان ، والأهل يساهمون بفكرهم وعظمتهم وجهلهم ، - أو بملهم الذي هو ألن من الجهل - في مسيرة التدهور .

وكنت أنساءل دائما: لماذا يصر الناس أن يقولوا أن لكل شيء سبباً - وهذا مقبول ومعقول - دون أن يقولوا ولا يريدون أن يقولوا أن لكل وجود هدفاً ، وهو ليس هدف القوة أو السيطرة كما يقول « أدلر » بقدر ما هو التطور الذي يشمل القوة ، ولكنه يتصف أساساً بالحب والإيجابية والرفق .. والذي يذكر ما أوردت من حديث عن تلقف الناس في غرب أوروبا فكرة التحليل النفسي دون أفكار يونج وأدلر مثلاً في أواخر القرن التاسع عشر ، يستطيع أن يقارن مرحلة تطورتنا الآن بتلك المرحلة في غرب أوروبا ، فنحن للأسف وللحقيقة نعيش بقول القرن التاسع عشر ، وبعضنا يعيش بقول القرون الوسطى ، أو في بعض الحالات ما قبل التاريخ ، وإن لم ننتبه لنقفز هذه الحقبة بكل ما نملك من إيجابيات فلن نلحق الركب أبداً ، بل إن هناك

أما لأن تتجنب حتى الأخطاء التي وقع فيها السابقون الذين تحمسوا للماكنات أكثر مما تحمسوا للإنسان وهم يراجعون أنفسهم الآن ، فلنراجع أنفسنا وتعلم من أخطائهم وننتقل . ولا داعي مطلقاً أن يكون الطبيب النفسى عامل هدم وتبرير ، بل عليه أن يكون عامل بناء وتطوير ، وحين قرأت برناردشو وتمثلت فكرته عن « وزارة التطور » ، ورغم هجومه القاسى — الظالم أحياناً — على الأطباء ، فقد تصورت أن خير جهاز لهذه الوزارة هم الأطباء النفسيون الإيجابيون ، حيث يرون الإنسان فى مسيرته نحو نوع أرق ويدرسون الظروف التى تسمح له بالنمو النفسى الارتقائى ، ويوجهون التعليم والتربية إلى صنع الإنسان الحديث ، أو اكتساب عادات ارتقائية . لتصبح غرائز المستقبل ، ونوفر بذلك ضياع أجيال قادمة تقاسى من هزيمتها الداخلية ، وقهرنا الخارجى لها .

الآخر :

« أحضر إلى العلاج أولاً أحضر ... أنا حر .. »

« أعيش إنساناً أو أتدهور ... أنا حر .. »

« أستغل المرض والعلاج لصالح التبرير والاستسهال أم أعالج فعلاً وأنتصر ... أنا حر .. »

« وحرى أن أكتبها لأنى إنسان . وأنا إنسان لأنى ناطق ؟ ... »

إلى أين نقودنا دعوى الحرية ؟ ...

« أهل الثوار فى فيتنام ؟ ... أنا حر .. »

« أستولى على أرضك ووطنك لأدعو إليها مهاجرين جدداً .. أنا حر ... »

« أحرمتك من التعبير ضد رأى الحكومة .. أنا حر ... »
« لأنى أقوى - أقوى فى الخير أو فى الشر ، هذا تقدير شخصى - فأنا أفضل ما أريد .. لأنى أستطيع ما أريد .. »

كنت وما زلت من أكثر الناس تسعيا للحرية .
وكنت وما زلت أدرك أن الحرية مقترنة بالعدل والمسئولية معا ، لا يوجد أحدهما دون الآخر .

وفى مجموع نشاط الشوب سوف تنتصر الحرية لاحتالة مهما تشتت أو أسىء استعمالها ، ولكن من واجبنا ومسئوليتنا أن نحدد من النكسات بكل قوة حتى نوفر الوقت الضائع على طريق التطور بأن نتمسك بالعدل الذى يتيح حرية أكبر .

أما فى نشاطى العلاجى الفردى فقد كانت مشكلة الحرية أكثر تهديدا وتحطيا للفرد .

وقد رأيت فى تجربتى أنه لا يمكن أن يتحرر منطق الإنسان ودعاواه ، دون أن تتحرر ذاته وخلاياه حتى الأعماق .

ولا يمكن أن تتحرر ذاته وخلاياه بأن يرجع نشاط مخ على نشاط مخ آخر ، بأن يرجع للمادية على سمو الإنسان ، أو يرجع الفريرة على التطور ، أو يرجع المنطق على الحدس ، ولا العكس فلن يتحرر الانسان بأن يلغى ماديته أو يتناسى غريزته أو يهمل حدسه ، وإنما الحرية الحقيقية هى أن تصل كل خلاياه وتركيباته التاريخية والحالية فى كل جديد يهدف نحو التطور .

وبكل أسف قد كانت خبرتي تسمح لي برؤية الناس من الداخل ، ربما أكثر مما ينبغي ، ووجدت أن أبعد الناس عن الحرية هم الذين ينادون بها ، من الفريقين ، وكلما علت الشعارات ورنّت الألفاظ كلما كان أسهل على أن أضبطه متلبسا بالتجيز والطمع والذاتية المطلقة ...

وممارسة الطب النفسي بمفهوم التطور من أكبر الأمور تعرضا لحرية المريض ، فبشكل ما يمنع الطبيب للمريض من إغماض عينيه ، ومن التفاضى عن مصيره ، ومن انتصار السلبية ومن الاستمرار في تكرار أسلوب آبائه ، باختصار يمنحه من الضياع ومن التدهور ..

والإنسان يشكو من الضياع ويخاف من التدهور وهو دون أن يدري ومهما رفع من لافتات يصر على الضياع ويسعى حثيثا إلى التدهور ، وأخطر صور التدهور أن يكرر جود آبائه ، أو أن يمارس حرشته ضد تطوره ، وأصعب الأمور على الطبيب النفسي الإيجابي هو أن يكسب هذه المعركة ، أن يظهر للمريض كيف أن الحرية التي ينادى بها هي منتهى العبودية ، لأنها حرية جزئية على حساب الكل ، هي أحيانا حرية الفرد دون حرية المجموع ، وهي أحيانا حرية العقل أو الجنس دون حرية الشاعر أو الإيمان ، ولا أعنى بالإيمان التدين وإعادة النظر في كل ذلك يصلح القول الشائع أن البقاء للأقوى ، إذ أن البقاء للأصالح وليس للأقوى والصالح هنا يأتي من قياس مدى ما يتمتع به الإنسان من الصفات الخاصة بالإنسان .

والصلاح الأول الذي وجدت أنه يساعدني على التغلب على التدهور مع سبق الإصرار والترصد هو « الحب » ، لا بد أن يصلح حبى للمريض أولا ، لا بد أن يدرك أى ممة على كل حال . ومع الند ، ولكن الحب وحده لا يكفي ، والكلام وحده لا يكفي ، والتداعى « الحر !! » وحده لا يكفي ، كل هذه مراحل تمهيدية لكسب الأمان والثقة ، أما لو توقفنا عندها فإننا نمارس

العجز شخصيا مثل الداعين للسلام بدون سلاح ، ذلك لأن التدهور لا يرحم ، وهو يستعمل كل الأساليب والقوى حتى يتم دورته ، وألن الأساليب هي الأساليب الخفية التي تختبئ تحت ستار الحرية .

« أريد أن أعالج بطريقتي أنا »

« أنت هنا لتسمع ... وترى »

« لا أريد أن أتألم .. وإلا لماذا جئت »

« أنا حر .. أفعل ما أشاء حتى الانتحار »

وكان الانتحار عندي أصنافا ربما كان أخفها قتل الجسم ، لأن قتل النفس قد يتم في مجال المواظف النامية ، أو التفكير الحر ، أو العمل الإنساني ليحل محلها بقايا من السلوك الروتيني البالي الذي لا قيمة له كل ذلك تحت ستار الحرية ..

وأول شكل لممارسة الحرية في العلاج هو ممارسة حرية الحرب من العلاج ، ولعل أغلب الأطباء ذوي الخبرة في العلاج الطويل يتحدثون عن نسبة توقف العلاج التي تبلغ أضعاف نسبة إكماله ، إذا فالحب وحده لا يكفي فابما هو يهد للخطوة التالية ليس إلا ، لأنه يمكن أن يساء استعماله أو تأويله ، إذا لا بد من خطوة تالية للضبط والربط ، وتأتي الخطوة عادة عن طريق التعاون مع كل المعنيين وأولهم الأهل ..

موقف الاهل :

وكانت أكبر عقبة تقف في طريق إزاء هذه الخطوة هي موقف الأهل الذي يمثل لي عجزا أساسيا عن السيطرة على البيئة المحيطة ، والأهل منطقيون

في مرقهم فهم يهدفون إلى راحة أولادهم وذويهم بالعلاج، على شرط أن يصنعهم العلاج على الشكل الذي حدده لهم ، لا بد أن يكون الطفل (أعنى الشاب أو الرجل) مطيعا هادئا بارا لحساب الأهل أولا وينطقهم ومثلهم على وجه التحديد ، وأنا أوافق أنه لا بد للمريض أن يكون إنسانا فاضلا إيجابيا مسئولاً ملتزما ، ولكن الذي اختلف معهم فيه أن يكون كذلك لحساب غيره وليس لحساب نفسه أو غده ، الذي أرفضه أن يكون الأدب خوفا والذي أدعو إليه أن تكون الفضيلة اختيارا ، الذي لا أوافق عليه أن تكون الطاعة عمياء ، والذي أعنيه أن تكون الطاعة فيها ترجيحا وحرية واختياراً . أو لا تكون . .

وهذه كلها اختلافات جوهرية وضخمة ، فأنا أحتاج الأهل ليساعدوني في البناء حتى لا يسمحوا بطقهم أو ترددهم للمريض بالتراجع ، والانهيار وهم ينقسمون إلى فريقين : فريق يشترط أن يكون التحسن لحسابه ولتفنته وقد بينت اختلافي معهم إزاء ذلك ، وفريق آخر يتراخى ويضع كل المسئولية على الطبيب يرى بذلك نفسه ، ويحلل كل الاضطرابات والأعراض بالمرض ، وكأن ذلك مبرر لفشلهم وفشله في نفس الوقت .

وكان على دائما أن أكسب جانبهم بطريقة ما ، ولو برشوة تمهيلية ، كأن تكون المكافأة على تعاونهم أن أوصي لهم أن هذا هو الطريق إلى النجاح في الدراسة مثلا . . وهم في ذلك يضحون بالتالي والرخيص وأول ما يضحون به هو رأيهم الخاص إذا ما لوحث لهم بالنجاح !

ولكى أحدد المشكلة أضرب مثل فئة المرضى التي كانت تثير اهتمامي دائما ، وتحيرني في نفس الوقت ، وهي تلك الفئة من الطلبة على عتبة الثانوية العامة أو على أبواب التخرج ، الذين يعاوبون بالتوقف الدراسي المفاجيء ، وقد كنت في أول

الأمر التمس لهم العذر وأحاول معهم بالطرق النلمية، وأهلهم يشجون على ذلك، وكانت أغلب هذه الحالات من الحالات غير المحددة التشخيص التي تحدث عنها سابقا: الحالات الـ « بين - بين » ، وكانت المشكلة تبدو في ظاهرها بسيطة إلا أن تكرار الرسوب وعدم دخول الامتحان تحت سمع وبصر العلاج جعلاني أعيد النظر في كل شيء ، فبعد أن كنت أعتبر هذه الضاعفات من مظاهر الاضطراب نتيجة للقلق العادي لأى مقبل على امتحان مهم يحدد مستقبل الطالب بدأت أرى هذا القلق مهددا لكيان الشاب وليس لمجرد تحقيق نجاحه ، حيث يكون الشاب في هذا الصدد بلا معالم إلا الكتاب ، فأهله ربوه على أن قيمته تتحدد بمدى استيعابه للكتاب ، وهو قد حقق قيمته فعلا بهذا الكتاب ، فإذا مرض كيانه للتهديد في صورة الكتاب ، أو ظهر احتمال عدم التوفيق ، فإن الأمر ينتقل إلى مرحلة أخطر من اضطرابات الكيان .

وكنيت في أول الأمر أتصور الأمر في صورة معادلة :

أنا أستاذك ... أنا خائف ... أنا لا أستطيع الاستدكار

ولكنى رأيته بعد ذلك في هذه الصورة :

أنا كتاب ... الكتاب مهدد بالضيااع ... أنا مهدد بالضيااع

وهنا يصبح الحب أساسيا ليس لمجرد إزالة الخوف من الموقف ولكنه يتعلق بالكيان ذاته ويصبح بعد ذلك التوجيه والعمل مكملا ضروريا للخطوة الأولى ، لأن الانتظار في هذه الأحوال ضيع معى في سنى ممارستى الأولى عددا هائلا من هؤلاء الشبان المميزين ، حيث كانوا ينزفون قواهم النفسية تحت سمنى وعصرى ، وأخيرا قد أصبحت أتخذ موقفا واضحا بالنسبة لهذه الفئة وغيرها ممن هم في مفترق الطرق .

العمل :

كنت أشترط أنه على الانسان أن «يعمل» حتى يمكن لمعالجه أن يستمر ، ولا توجد أجازة علاجية في مثل هذه الحالات ، وليس مهما نوع العمل ولكن المهم مبدأ العمل ، فالطالب مثلا إما أن يعمل طالبا أو صبي مكوجي ، ونستكمل العلاج في الحالتين ، وأكرر أنى كنت لا أضع هذا الشرط إلا بعد أن تصل علاقتي العاطفية بالمريض درجة تسمح لى بالحديث فيه .

ولم يحدث فى خبرتى المحدودة أن قبل مريض من هذه الفئة - فى أول مراحل المرض - هذا الشرط إلا وتقلب على صوابته وانطلق فى دراسته ، ربما هربا من البديل .

ولم يحدث أن عارض الأهل هذا الاقتراح علنا أو سرا إلا وبقينا نحرك أرجلنا « محلك سر » ، نبعث عن العقد النفسية والأسباب الخفية وراء « المسألة الاستذكارية » .

وأهم خطوة فى هذا السبيل هو أن يتيقن الطالب، من خلال الحب، أن الاستذكار والكتابة هما وسيلة لا غاية ، وأن هذا الطريق هو الطريق الوحيد الذى سيكسبه القوة ، ومن ثم القدرة على الاستقلال ، وأنه رغم أنى أنصح وأصر على أن يستذكر، إلا أن هدفى يختلف تماما عن هدف الأهل أصلا ، وكان تحويل مفهوم الشاب من معنى إلى معنى آخر يحتاج إلى استغلال علاقتى به والارتباط الشرطى لاستجابتى له أو لسلبى إزاءه ، فبمجرد أن يبدأ الاستذكار أقرب إليه أكثر لمدة أيام وأسابيع وشهور دون الإشارة من بعيد أو قريب للاستذكار ، أما إذا توقف فان الجلسة كلها تتحول إلى نقاش عن المذاكرة

وكان وسيلة اقترابي منه هي أن يزج جانبا هذا الموضوع السخيف الذي يحول بيني وبينه ، وكان الاستدكار هو بداية العلاج وليس نهايته ، وهو حريص على أن يجد نفسه معي كما أجد نفسي معه ، لذلك لم يكن الثمن غاليا أو موقفاً .. وهذا المفهوم هو خليط بين فكرة العلاج النفسي الشخصي والعلاج السلوكي (والاقتراب بينها يزداد كل يوم)

القسوة :

كانت - وما زالت - أصعب الأمور على نفسي أن أقسو على صديق مريض ، جاء يطلب مني النصيح ويضع ثقته فيّ ، وفي أول حياتي كنت لينا مرعفا بصفة عامة لأني لم أكن أستطيع أن أقسو ، كنت أخاف من ذلك . فهذا أسلوب خطير في العلاج وفي غير العلاج . ولكن حين ضاع أعزاء على الانتظار حتى الندهور رأيت أنه من الأثنية ألا أقسو ، فإذا كانت القسوة تؤلني أساسا مما يجعلني أتجنبها ، فإن معنى ذلك أني أفضل زاحتي بالسلبية ، عن ممارسة إنسانيتي القسوة .

والحقيقة أنه لكي يسمح الإنسان لنفسه بالقسوة لا بد أن يكون قادراً على الحب بدرجة أكبر بكثير من درجة القسوة التي يمارسها ، وهذه القدرة على الحب تتناسب تناسباً طردياً مع درجة الحرية الشخصية التي يتمتع بها ، وكذا درجة العدل وعدم الذاتية في ممارسته لمهنته وحياته ، وهذه كلها متطلبات من أصعب ما مرّ على لأن الناس جميعاً يتصورون أنفسهم أحراراً عادلين ، ولكن الذين مرّوا بخبرة الحرية الحقيقية يستطيعون أن يقيموا كل ادعاءاتهم السابقة على أنها شعارات هروية ليس إلا ، إذاً فلا يمكن أن يمارس معالج القسوة ، ويسمح لنفسه أن يقول أن هذه القسوة لحساب المريض ، إلا لو كان هو صلياً حراً قوياً ، وهذه درجة - للأسف - لا يصل إليها الإنسان ببساطة بل هي تحتاج إلى

معاناة وصبر وبقطة وولادة ونمو وحب لا حدود لها ، ومن أين يأتي الإنسان بهذا كله وهو بشر له ضعفه ومشاكله وخوفه وخباياه ، إذا فلا بد للطبيب النفسى أن يتقصر مركزه إذا كان سيسمح لنفسه أن يساعد الناس لدرجة القسوة ، ولعل هذا هو السر الذى تشترطه أحيانا بعض مدارس التحليل : أن يقوم المحلل بالتصالح مع نفسه أولا ، ولكن فى اعتقاده أن التصالح وحده لا يكفى ، بل إن الدرجة التى ينبغى أن توافر فى الطبيب النفسى الإيجابى درجة أكبر من التصالح ، إذ لا بد أن يكون كيانا إنسانيا ، وأن يتمتع بالطفولة القوية والشباب الدائم ، يرى النقد أرحب ويصمم على المساهمة إيجابيا فى المسيرة ، وبالتالي يسمح لقسوته أن تتطابق دون أن ينجش شيئا .

ولا يمكن للقسوة أن تكون ذات قيمة إلا إذا كانت الخيوط فى يد الطبيب ، وكل الامكانيات تحت تصرفه ، إذ لا بد من تعاون مطلق من الأهل وحرية حركة فى استعمال العقاقير والكهرباء مثلا ، كل ذلك حتى يفقد المرض فائدته ووظيفته ، فيتكسر تحت ضغط القسوة الحانية ، فينطلق المريض إلى الصحة والارتقاء ..

وقد شبهت مرة الموقف أنه إذا كانت الذات الحقيقية محتبئة وراء قشرة صلبة من المرض واللامبالاة ، فانه إذا هوى عليها الطبيب ليكسرها تحم أن يضعها على أرضية صلبة (وهى البيئة المتعاونة) ، أما إذا كانت الأرضية رخوة فإن الضرب على القشرة سوف يفوض بها بعيدا عنه ، ولن يشعر المريض بفشل مرضه أبدا ، بل سوف يشعر بمزيد من الألم يبحث مزيدا من الهرب . أى من المرض .

مرت على كل هذه الأفكار ولم أنطلق فى استعمال القسوة إلا مترددا

هيا باحتى قرأت عن وجهة نظر « أدلريه » عظيمة في علاج مرض القسام ، إذ قام « روزن » بعمل فريق علاجي (يتكون من مرضى سابقين أشداء) يحرم المريض من وحدته ومن مرضه ومن أى ميزة يمكن أن يتمتع بها في المستشفى نتيجة لمرضه ، وكأنه يفرض عليه اختياراً آخر هو أن ينطلق إلى الصحة خوفاً من عواقب المرض ، والفرق بين هذه الطريقة والطرق التأديبية التي كانت تتبع في القرون الوسطى هو إضافة الحب والقهم والكيمياء والكهرباء ، أو هو الفرق بين قسوة الوالد ليصبح ابنه في الاستذكار أول الفصل ، وقسوة الطبيب ليصبح الطالب بالاستذكار ندّاً لوالده ، وربما يبدو ذلك فرقا طافيفاً ، ولكن الذى يمارس التجربة سيعرف أن هذا الفرق الطفيف هو كل شئ في العلاج .

اختيار الرضى ،

الاختيار هو ترجيح شعورى لأى دون آخر أو لطريق دون آخر ، هذا هو الشائع عن الاختيار وهو نفس الاشاعة التي تشوه الحرية التي هي نوع من الاختيار ، ولكن بما أن في النفس « لا شعورا » ، أو قوى أخرى « غير الشعور » تختار طريقاً ما ، فلماذا لا نعتبر ذلك اختياراً أيضاً ، إنه بلا شك اختيار ، فإذا درسنا القوى التي جعلت هذا الاختيار غير الشعورى هو اختيار للمرض بدلا من اختيار الصحة فأننا نستطيع أن نهاجم هذه القوى بطريقة علمية منظمة ، حتى يصبح اختيار المرض بعض النظر عن كونه شعورياً أو لا شعورياً اختياراً فاشلاً ، وبمجرد أن يفشل الحل المرضى فشلاً تاماً فإن علينا واجبا آخر أن نعطي بديلاً أحسن ، ليس أحسن فقط من الحل المرضى ، ولكن أحسن أيضاً من الحل قبل المرض ، أى أننا إذا كنا بسبيل الوقوف بقسوة بموار المريض فإنه ينبغي أن نفهم لماذا فشل الحل

الآخر حتى لجأ الشعور أو اللاشعور إلى اختيار المرض ، ولا نحاول بعد ذلك أن نكرر المحاولة بمجرد استعادة القديم، بل نهيه الظروف إلى بديل أرق وأفضل ..

وفي حيرتي كنت أحذر المريض وهو في طريق الشفاء أن يحسن لنفسه ما سبق رفضه بالمرض ، بل إنني كنت ألاحظ أن الأعراض تظهر بمجرد أن يتحدثني عن رغبته في العودة إلى ما كان ، وكان الحوار صريحا وواضحا فأنا أشجع الرفض لأنني أوافق على مبدأ الرفض ، ولكن ليس على طريقة الرفض بالمرض ، وفي تجربة « روزن » التي أشرت إليها كانوا يلجأون إلى إفشال الحل المرضي بأن يتصرفوا مع المريض تصرفات أشد عما يأتيه حتى تصبح تصرفاته المرضية لا معنى لها ولا فائدة منها ، أو على حد تعبيرهم كانوا يتصرفون « بمننون » أجن من جنونه « Behave more psychotically than his psychosis » وبهذا يفقد الجنون معناه ووظيفته ..

وأنا في خبرتي لم أمارس ذلك على وجه الدقة ، لأن هذا يتطلب مستشفى وفريقا قويا محبا متعاوننا يحيط بالمريض من كل جانب ، وخلال أربع وعشرين ساعة في اليوم ، إلا أنني وجدت نفسي وأنا أمارس درجة أقل من القسوة أساعد المريض في اختيار الصحة ، أو على الأقل في اختيار الحياة العادية ، فثلا في مرة من المرات كان عندي طالب أحببته لذاته ولخواصه المتعددة ، وكان ذكاؤه من النوع النادر وآماله في الدراسة أكثر مما يحتمل كيانه ، حتى أنني في مناقشتي معه أظهرت له أنه مثلا يريد الحصول على ٣٠٠ / فإذا ما حصل على ٩٨ / فإنه يصاب بخيبة أمل عظيمة لأنه خسر ١٠٢ / وكأنه خسر أكثر مما كسب ، وتكرر هذا الحرح البرجوازي الأصيل في كل مجال ، حتى تحطم الشاب ، ورفض الاستذكار ، ووجدتني أقسو على الحل المرضي رويدا رويدا ، وحتى على الحل العادي فأحطم

فائدة الاستذكار بهذه الطريقة، بل وفائدة الحياة بهذه الطريقة التنافسية التي لا يمكن أن تحل إشكالا ما، وصارت محاورات ومناقشات وحب وصراع حتى انطلق فجأة يبدو هربا منى إلى حظيرة الاستذكار، وكنت في ذلك محقا لأنى بعد أن أفشل العملية المرضية أتركه بين أمرين : إما أن يرتقى بالرفض الصحى ، وإما أن يعود « كما كنت » ، وفي الحالتين هو الكاسب بالشفاء، أو بالعودة، وكلاهما أفضل على كل حال من المرض .

كل ذلك يتم - ولن أمل التكرار - تحت مظلة من الكيمياء والكهرباء وعلى أرضية من بيئة صلابة متوازنة .

وبعد

فقد أردت في هذه المعجالة وأنا أتحدث عن العلاج أن أوضح كيف أن العلاج هو جزء من الحياة منظم بقيم علمية محددة ، وتجارب إنسانية مسجلة ، ولكنه في النهاية مثله مثل الحياة علاقة بين إنسان وإنسان بكل معنى الكلمة ، وليس بين مريض وطبيب ، أو بين واحد ممدد على أريكة وآخر سارح خلف نظارته ، وأردت أن أوضح أنه بعد حيرتى وترددى إزاء طرق العلاج المختلفة أصبح مفهوم العلاج عندى واسعا تطوريا إيجابيا فلا أقتصر على علاج الاضطراب النفسى وإنما أعنى أساسا بعلاج التدهور الانسانى ، وقد أردت أن أظهر للقارئ كيف يمكن أن تعمل كل وسائل العلاج فى تكامل بناء ، وأن أوضح الحيرة التي تقاذفتنى من وسيلة إلى وسيلة ، ثم الصحوة الإيجابية التي ألزمت بها مؤخرًا .

والى إذا اعتذر عن بعض التفاصيل أعتذر أيضا عن بعض الاجمال

ولكن هكذا كان الحال :

تعلمت من الكتاب فلم أفهم

درست على أساتذتي فلم أفهم

ثم مارست البحث والحساب .. فلم أهدأ

ثم تعلمت من المرضى ومن فشلي

وانتصر الطبيب على الشاب المصحس فترة من الزمان

ثم انتصر الانسان أخيرا .. واستعمل الطبيب لهالكه وتغير الحال .

الفصل السادس

ولادة فكرة

«يخيل لي أنه فيض لي أن
أكتشف أكثر الأمور
بداعة»

صيجوند فرويد

في قراءتي في الطب النفسى وما يتعلق به كنت - وما زلت - أعانى من ظاهرة غريبة تماثل ظاهرة الألفة أو « الرؤية السابقة » Deja Vu ، وهى تنبئ أن الأشخاص أو الأشياء التى نراها لأول مرة نشعر وكأننا رأيناها قبل ذلك ، وقد لاحظت ذلك على نفسى منذ البداية ، ولعل السبب الأول فيه هو أنى كنت فى أول تدريبي فى مهنة الطب النفسى كطبيب مقيم أجلس مع المرضى أكثر مما أقرأ فى الكتب ، وربما لأن المهج حينذاك كان يلزمنى بالحصول على دبلوم الأمراض الباطنية أولاً قبل دبلوم التخصص فى الأمراض النفسية والعصبية ، وحين بدأت التحضير لهذا الدبلوم الأخير كان على أن أقرأ الكتب الكاملة بشكل تحصيلي منظم ، والقراءة للتحضير للامتحان غير القراءة للعلم أو للممارسة طبياً ، وحين أخذت أقرأ كتاباً جامعا مثل كتاب Mayer Gross أحسست وكأنى قرأته قبل ذلك ، ولم يؤكد لى العكس إلا أن صفحاته كانت خالية من التخطيط والتعليقات التى أشوه بها - أو أزين بها - ما أقرأ ، وأحسست حينذاك أن معاشيتى للأصدقاء المرضى كانت معاشية كاملة حتى إذا ما قرأت عنهم فيما بعد أعراضهم وتصنيف أمراضهم لم أجد فيها غرابة مهما اختلفت المدارس .

وكان موقفى تجاه المدارس المتعارضة موقف المتقبل للتناقضات ، لا قهراً بل فهماً ، وكنت أتعجب من ظاهر التناقضات التى تتفق فى العمق إذا ما انتصرنا على نظرة التعصب لكل مدرسة ، فكنت أقبل من كل ما يوافق إحساسى وفهمى ، وهذا هو الموقف الذى يسمى الموقف الاصطفائى Eclectic ، وهو أن يصطفى المرء من كل طريقة جانباً ثم يؤلف بينها ما يتفق مع هدفه وتطبيقاته ، وهو موقف فيه من الحرية بقدر ما فيه من التساهل والحرب ، بلجأ إليه من يعلم الكثير ويمارس الصدق مع نفسه فلا يقبل إلا ما يوافق غرضه - وهو هنا خدمة

المرضى - ويكون حين ذلك « اختلاف المدارس رحمة » ، كما يلجأ إليه الذى لا يعلم شيئاً .. إذ هو يفعل ما بداهة تحت ستار اختلاف المدارس مطمئناً إلى أن التقرير على ما يفعل ممكن، وبذلك لا يتقيد باتجاه معين ولن يعدم أن يجد تفسيراً للشيء وضده . وهنا يكون اختلاف المدارس خطراً وثقمة .. لأنه باب للهروب وليس دعوة للصدق .

لذلك قد كنت ألبأ لهذا الموقف الاصطناعى ولكنى أسعى إلى تخفيفه فى نفس الوقت ، وكما حاولت الارتباط بمدرسة من المدارس لم أنجح ، إذ أن عطشى للعلم كان عظيماً ، وفتحتى للحرية كان ملحاً ، ولم تنجح أى مدرسة فى أن تروى عطشى أو تطلق حريقى أو تتفق مع نظام عقلى ، وكانت حجتى دائماً أنى طبيب ومهتئ الأولى أن أخدم المرضى ، والمرضى لا يهمهم إن كنت فرويدياً أو يونجياً أو سلوكياً محدثاً أو بافلوفياً ولكن يهمهم أنه إنسان يعانى ، ووظيفة الطبيب النفسى أن يساعده فى أن يتعصر على ضعفه ومعاناته ليستقيم بعد ذلك على الطريق ، فإذا ما ضل فإنه ينطلق إلى السلامة والتطور دون أن يلتفت إلى ما فى عقل الطبيب من معلومات أو معتقدات أو مدارس .

صراع لا هوادة فيه :

والصراع بين مدارس علم النفس صراع لا هوادة فيه ، وهناك محاولات حديثة للتوفيق لصالح الإنسان ، ولكن التمسك بما زال على أشده والمعارك مستمرة فى كل مكان ، وهى تعزل إلى من ينكر وجود اللاشعور أصلاً ، كما تعزل فى الناحية الأخرى إلى من ينكر الأساس البيولوجى للأمراض النفسية تماماً ، وكان موقفى إزاء هذا وذاك أن أقبل لإمحايات كل منها ولا أجد فى ذلك تعارضاً أبداً ، ولا يجد المريض معي تذبذباً أيضاً ، وكنت دائماً أشعر أن هذا هو

الطريق الذى سيوصلنى إلى شيء ما . . يوما ما ، لأنك إذا رفضت الفكرة ابتداء قلت ممرضك بالأصول للشركة ، أما إذا قبلت كل وصف صادق ومشاهدة علمية ، ثم بحثت لما عن مكان ملائم فى إطار كامل فأنت تهيء للحمل السليم . . . الذى قد ينتهى بولادة مخلوق جديد .

وحين حضرتُ « هنرى إى » وتبعت فكرته عن الزواج الديناميكي - وليس الميكانيكي - بين الجهاز العصبي وتطور الإنسان - كفرد والنوع - أحسست أنى قريب مما أريد ، ولكنه ليس كل ما أريد .

وحين توصلت إلى تصنيف الصحة النفسية تصنيفا تطوريا (راجع المحق) حاولت أن أربطه بتقسيم جديد للأمراض النفسية لم يشف غليلي ، وأحسست أن الفكرة تنير جانبا من الطريق وليس كل الطريق ، وقد كتبت أول نسخة من المقال عن الصحة النفسية فى فرنسا وحين عرضته على صديقى بيير فى شكله الأول قال « ماذا تريد أن تقول ؟ » قلت « ما قرأت » قال « لا .. تخيل إلى أنك تريد أن تقول شيئا أكبر . . عليك أن تهيب حياتك لهذا الشيء حتى قوله بشكل كامل » وحين تساءلت عن هذا الشيء ، قال : « ستعرفه يوما ما » .

وظننت أنه يستعمل طريقة أوربية مهذبة ليقول أن هذا المقال ناقص ، أو غير واضح ، وأخذت الأمر على هذا الاعتبار ، ولكن كلماته ظلت ترن فى أذنى « شيئا لا بد أن أهب حياتى له » .

وعشت أجهل التناقضات فى عقلى ، وأقبل منها بعض التلغيفات التى تعينى على المسيرة مع المرضى ، ولكنى قلق لا أهدأ ، أبحث عن الشيء بغير وعى ، ولا أرضى

عن فرعى ولا عن وظيفتى كهلبيب يمارس عمله « كالمطيباتى » تمينه الكيمياء وأحيانا الكهرباء ، ولكنه مغمض العينين فى كل حال ، فإذا فتحهما سلك سبيل التحليل والتبرير والتفسير ، وحين قرأت آخر تطورات التفسير الديناميكي للتحليليين ووجدتهم ينتصرون على فرويد ويتخطونه ، أحسست أنى أقرب أكثر من الفكر التحليلي رغم أنى أرفض تماما بعدم عن الأسباب البيولوجية كعامل أساسى وهام فى المرض النفسى .

* * *

وعشت حيرتى أياما وشهورا وستين ..

* * *

وفى يوم الاثنين الثانى عشر من أبريل الماضى (١٩٧١) ، وكنت جالسا مع مريض صديق ببيادى الخاصة ، أستمع إليه ولا أستمع إليه ، وجدت أن الأمور المتناقضة جميعا قد ارتبطت ببعضها البعض فجأة ، وأن كل الأضداد (أو معظمها) استدارت من موقف المواجهة إلى موقف التماسك والتآلف ، وارتبط الإنسان الفرد بالإنسان النوع ، واستقر الأنا المحارب والأنا الناكس والأنا المنقسم (التماير من الفكر التحليلي الجديد) فى قاع خلايا المخ ، وصعد فرويد إلى أعلى طبقات النفس وأكثرها سطحية ، وكأن كل شئ أشرق فجأة .. وقاهمت الكيمياء مع الكهرباء مع التحليل النفسى مع التطور .

وتعجبت من كل هذا .. فرحت به ، وخفت منه فى نفس الوقت .

واتصلت تليفونيا بزميل صديق ، فلم أجده ..

وانطلقت أشرح أفكارى للصديق المريض أمامى - ببلقة قريبة منه ومن مشكلته - وكان للجديد وقع عنيف على .. وقال لى الصديق المريض

« ما أنا عارف » ، وعجبت ، وتذكرت حقيقة قديمة وهى أن الأصدقاء للرضى يعرفون النفس أهدق وأصدق من كل النظريات ، وذهبت آخر النهار لزميلى الصديق ومعى زوجتى .. ولم أجده ، ولم أستطع الصمت ، وأخرجت ورقا من مكتبه وانطلقت طوال ساعات ثلاث أشرح لزوجتى الفكرة وأرسمها على الورق وأربط الأشياء ببعضها البعض .. ولا أعرف إن كانت قد أدركت التفاصيل أم لا .. ولكنها كانت تتابع أفكارى الأغلب بقدر من الحب يشجئنى أن أقول مالا يعنىها دون تخرج ..

وحين حضر زميلى وزوجه تواعدنا أن أشرح له الفكرة فيما بعد .

وخلال أيام كنت أعيد القصة عليها مع زوجتى من أولها لآخرها .. وسألتهم هل هناك جديد ؟ ، فقالوا : يبدو ذلك ..

وفى ليلة نالمة حلمت أنى أكتب خطابا لصديقى يسير فى باريس الذى قال تعليقه عن الشيء الـ « ما » الذى ينبغى أن أهب حياتى له ، واستيقظت فى جوف الليل وأخذت أكتب له وأكتب حتى أكلت أكثر من عشر صفحات ، وأرسلتها فوراً دون أن أحفظ بنسخة ، ولم يرد (ولا أدرى حتى الآن إن كان خطابى قد وصل ، وخجل أن يسفه آرائى فى الرد ، أم أن رجال البريد أحسوا بثقل وزنه فخفضوا من جهد توصيله) .

واستمرت بعد ذلك أمارس المهنة ، ولكنى وجدت أن الأسماء القديمة تنوق فهمى أكثر وأكثر ، وأن الفكرة الجديدة تلح على أن أبحث عن أسماء جديدة ، وفلت ..

وجدت أن هذه الفكرة أكثر قبلا وفهما من الضفيدات الشديدة والألغاز التي كنا نحاول أن نفهم بها الإنسان المريض .

وجدت أنه حتى العلاج أخذ طابعا آخر ومراحل أخرى ، أصبح أوضح وأبسط وأسرع وأكثر ترابطا .

وطبعا شككت في كل ذلك ، ولم يشك فيه مرضاى ولا زملائى (الصغار منهم طبعا) وقلت أبدا : هذه صحوة من صحوات الخيرة أردت بها أن أهدي من حيرتى فترة ما ، وأن هذه الفكرة موجودة من قديم وقد انجلى فجأة . . هذه هى كل الحكاية . . لا بد أنى قرأتها يوما . . أو أنى سأقروها يوما . .

وذهبت أبحث عنها فى كل ما تصل إليه عيني مما قرأت ، وذهبت أناقشها مع كل من أثق فى سعة إطلاعهم ، ووجدت جزئياتها موجودة فعلا ، ولكنها ليست موجودة إطلاقا ككل متكامل . . ، قال بها «فرويد» عند ما تحدث عن غريزة الموت والحياة ، وقال بها يونج وهو يفوض فى اللاشعور الجمعى ، وفى حديثه عن تاريخ الإنسان النوع وضرورة تحقيق ذاته ، وقال بها « إريك اريكسون » وهو يضع الإنسان فى تطوره الاجتماعى وكأنه عدة أناس بعضهم فوق بعض ، وقال بها ساندور رادو ، وإريك فروم ، وكارن هورنى وفير بدن وجنترب وهنرى إى وزرادشت ونيثشه وبرجسون وبرناردشو وكل الناس .

ولم يقلها أحد .

وكنت حين أقرأ بالإنجليزية والفرنسية ولا أجد هذه الفكرة ، أقول لنفسى لا بد أنها كتبت بالألماني . فهناك الأصالة والتطور وأنا لا أعرف الألمانية ، إذ أفلا جديد . ولكنه بالرغم منى ، بدا لى كل شىء جديدا .

وبعد شهور طويلة حين استقرت الأشياء وأخذت الأسماء الجديدة مواضعها القرينية ، كتبت إلى زميلى وصديقى الدكتور محمد شعلان خطابا سيئا للغاية

حاولت أن أقدم له الفكرة ببعض التفاصيل ، وبعد أن شرحت فيه وجهة نظري في أن انتشار فرويد لم يكن لأصاليته ، وإنما لحاجة الناس إلى تبرير توقعهم التطوري - أو تدهورهم - خلال القرن التاسع عشر ، قلت له :

« يا محمد : إما أن نساهم إرادياً في التطور أو نعوت ، والمسألة تحتاج إلى حوار متصل ، ولكنها لا تحتاج - في نظري - إلى تحليل منظم ، المسألة تحتاج إلى حب جارف ، وصدق ، وقشف قسبي ، وتصوف ، وإيمان بالأصل ، وبالاتسار ، ويقين بالنقد ، وبكل ما هو أصيل . . . وأين هذا كله ؟

هو موجود عبر التاريخ ، وهو الذي يجعلنا نفخر بأن ننتهي إلى هذا الجنس من الخلوقات . . . ليس هناك جديد بمعنى الجديد ، وإنما الجديد هو في إعادة تنظيم القديم ، أنا لا أشك أن هناك حوالى ألف أو قل مائة - في مجال الطب النفسى فقط - يفكرون فيما أفكر فيه الآن ، أنا لا أشك أنى إن لم أكتب ما يدور في وجداني - الشيء الذى يلح على فيه البعض الآن - لا أشك أن غيرى سيكتبه ، وربما أفضل ، وحين أرسلت إليك مقالتي عن الصحة النفسية قدمت لها أقترح أن تعتبرها نوعاً من الضلال المنظم Systematised delusion ، فإذا كان الضلال ما هو إلا دفاع ضد الجنون المطبق ، فقد أطبق ، إلا إذا أردت أن تعتبر أن هذا الجنون في خدمة الذات والتطور . . . إذا فهو الخلق ..

هل آن الأوان أن أحدثك عن هذا الذى كان ؟. فليكن ..

الآن : ما هو موقفنا من المرض النفسى وتسمياته وعلاجه ؟

راجع التقسيم الدولى والأمريكاني وغيرهما وتَجَبَّ للمرحلة الوضعية التى
تجملنا عندها ...

ثم راجع محاولة فهم المخ بالتفاعلات الكيميائية وقط ، وستجد تقلصات
العلاء فى العامل تشبه تشنجات القُرآن ، إذ يحاولون تعميم ما على الفأر على
الإنسان ...

ثم راجع الموقف الأبله فى تفسير الصدمات الكهربائية .. ذات المفعول
الأكيد .

ثم راجع النظريات السيكوباتولوجية وعدم ارتباطها ببعضها البعض من ناحية
وبالوضع العضوى للمخ من ناحية أخرى .

ثم راجع أقصى اليمن من المدعين - مثلا - أن الأمراض النفسية ما هى
إلا نوع من الصرع وهم لا يفهمون الصرع ذاته .

ثم راجع الصراع الصورى بين التحليليين والسلوكيين .

ثم راجع علاقة الأمراض ببعضها البعض : الصرع بالشيذوفرنيا والأخير
بجنون والهوس والاكتئاب .

ثم راجع التاريخ .. أعنى تاريخ الحياة وتناميها : لا مع المرحلة الفنية
والمرحلة الشرجية ... ولكن مع الموقف البارنوى والموقف الاكثابى ... « الخ »

ومضيت فى خطابى الخ فى حاجتنا إلى جديد يربط كل ذلك ببعضه البعض
وأن الفارماكولوجيا (علم العقاقير الطبية) النفسية من ناحية ، وتداخل الأمراض
الذهانية فى بعضها البعض من ناحية أخرى يمكن أن يعمق الفهم ويحل الإشكال ...

ثم عرضت فكرتي عن أن مخ الإنسان ليس مغنا وحدا بل علة أنماخ ،
وأي أعنى بالمخ تركيبا متكاملا وليس منطقة بذاتها ، وأن كل تركيب متكامل
له نقطة انبعاث تنظم عمله ، وأنه في الأحوال العادية لا يعمل إلا مخ واحد
وتكون بقية الأنماخ كامنة وأن هذا المخ الواحد هو الذي يسيطر على كل
أجزاء الجهاز العصبي ، وفي الأحوال المرضية (أمراض الكينونة) يعمل أكثر
من مخ ، وأحيانا يعمل للمخ القديم متفوقا ، ويتنصر على المخ الحديث والعراع
بينها ، وأن العقاقير تعمل بشكل تطوري مرتب على بعض الأنماخ دون
الأخرى ، وبذلك يمكن تهدئة المخ القديم اختياريا دون المساس بدرجة كبيرة
بالمخ الحديث ، وأن الصدمة الكهربائية إنما تسمح النشاط الكهربائي لكل
الأنماخ ثم تعطى الفرصة للمخ الأقوى أن يلتقط عصا المايسترو ليوجه الفرقة
كلها ، وأن هذا يفسر اختلاف الاستجابة للعلاج الكهربائي دون حساب
كيميائي وتهئية نفسية مناسبة ، وأن العلاج النفسي وهو الحب الإنساني يجذب
طاقة المريض إلى الخارج إلى الناس ويغري المخ الحديث بأن يلتقط عصا المايسترو
ولا يخاف من الوحدة أو القهر ، وأنه بذلك يتوافق العلاج الكيميائي مع
العلاج النفسي مع العلاج الكهربائي ، وقسمت له الأنماخ وسميتها ، وكان بديها
وأنا أعرض كل هذه الأفكار في خطاب من بضعة صفحات أن أزيد الأمر
تقييدا وليس توضيحا كما قد يجد القارئ نفسه في متاهة وهو يتابع الفقرة السابقة
مما يحتاج إلى اعتذار جديد - وكان بديها ألا أتوقع ردا إيجابيا... وهذا
ما حدث - ولكنني على كل حال ختمت الخطاب قائلا :

« والآن : هل نلن الثورة ؟ هل نرفض الأسماء ؟ هل آن لنا أن نعسم
على التطور بإرادتنا وعلى رفض المقدمات الخادعة ، هل نأخذ من كل مخ »

أصالته وجوهره ونحاول أن نوافق بينها لنحول الناس المنشقين على أنفسهم إلى إنسان واحد متوافق مع تاريخه المجيد في الصراع للبقاء والتطور .

هل نحضر ؟ هل نكتب ؟ هل نضام ؟

هل نستطيع الصمود حتى نموت لا تسرقنا أيماننا ولا أطماعنا قبل أن يفتت عقولنا الكواستروال المترسب داخل شراييننا ؟

هل نستمر ؟

هل نياس مثل الأنواع المنقرضة من الأحياء ؟

هل أنت معي ؟

ولك منى الحب والسلام ..

وكما قلت ، لم يكن الرد إيجابيا حيث أرسل لي خطابا قال فيه :

« هل تغضب من حرارة الشمس إذا حرقت جلوك ... أو من بلاهة الحمار إذا لم يفهم قولك ؟ فلا غضب مني إذا كانت استجابتي لكتابك الأخير قد تجمدت طيلة هذا الوقت . قد كان كتابك (أو خطابك) محاولة لترجمة إحساس أُنق في صدقه ... أما ترجمة الإحساس إلى لغة العقل والتصنيف والتنظيم فقد نزل على عيني غشاوة فلم أستطع أن أفهم ماذا تريد أن تقول .. ربما مجرد أنني في حالة ثورة على العقل والنطق ... »

ثم قال « ... ولأنني أعتقد أن مثل هذه المحاولات ضرورية من أجل نقل الخبرة من مجال الاحساس المبهم الغامض إلى مجال الفاهيم الموضوعية ، ولتسكين

قل العلم من جيل إلى جيل ومن مكان إلى مكان ، ومحاولتك هي إحدى هذه المحاولات ، ولكن مثلها مثل غيرها من المحاولات تجد نفسك تقول ما قاله الغير ولكن تصر على تغيير لفظ أو مفهوم ، بينما الأساس واحد وينشأ حوار ومناقشة وخلاف ويزنظية .

ثم يقول « أريد أن أصل إلى أفي شبت نظريات وتنظيرا وتنظيا وتصنيفا ، وإذا كان لي أن أقلم فأني أريد أن أقلم بالخبرة » « إن مجال العلم مليء بالمقالات ، إنها أصبحت تمثل أزمة مثل أزمة المواصلات وأزمة تلوث الهواء وأزمة التخلع من الفضلات ، والمقالات العلمية أصبحت قيمتها مقاربة لقيمة الورق والخبر الذي ينطق عليها .. أنت تتفق معي في هذا ، وسوف تقول أن ما حاولت أن تعبر عنه ليس مقالة أخرى وليس نظرية ، ولكنه توضيح وتنسيق لما هو معلوم ، وربط أجزاء العلم المتفرقة وتوحيدها حتى في اللفظ وتصر على استخدام كلمة « منح » وكلما تستخدمها يثار لمابي لأنه كان فيا مضى سندوتشي المفضل عند « على كيفك » في الإسكندرية « ولاباس » في القاهرة .

ثم يقول « أعود وأقول معك لا بد من تنظير وتنسيق وتوفيق .. ولكن أليس العلم مليئا بالنظريات .. وكلها نظريات لا تقبل شيئا ولا تنجد الطيب في لقائه مع مريضه فلماذا نضيف واحدة أخرى ؟ »

« لقد كنت فيا مضى متحمسا لساندور رادو ثم وجدت نفسي أتمدث بلغة لا يفهمها إلا تلاميذ ساندور رادو وعددهم محدود - ولكني فضلت أن أعود إلى لغة التحليل النفسي لأنها لغة منتشرة ويفهمها الكثيرون ممن أحترمهم وأستطيع التناهم معهم »

ثم ينهى خطابه بعد اعتراضات أخرى كثيرة قائلا :
قبل أن أقول : نعم لا بد أن أكتب وأن تكتب ولا بد أن نتحدث

بل تتشارك أحيانا ولا بد أن تتفاعل وجها لوجه ، ولا بد أن نجابه مشكلة حية
تحدث عنها قبل أن تترك في النظريات ، ولا بد أن تكون يوجدانك في
كتاباتك وألا تتنذر ... وأقول أنى ممك ولست ممك .. وليكن هذا
« علم وصول » لحديث لا بد أن يستمر « محمد »

وسكت.

أرسلت إلى بيير في باريس .. ولم يرد
وأرسلت إلى محمد في أمريكا .. ورد عليّ بهذا الدش البارد ، أو أقول
« الفاتر » لما فيه من حب وصدق ..

وحاولت .. ولم أستطع .. واستمرت .. كل شئ جديد ومتغير رغم كل
شئ .. القديم موجود منذ الأزل وإلى الأبد ، والحقيقة باقية لا تتغير ، ولكن
ضوءاً بسيطاً مهما كان خافتاً لا بد أن يغير المنظر العام ..

وسكت طويلاً حتى جاء اليد فأرسلت له خطاباً حاراً كان فيه :

« عزيزى محمد : كل سنة وأنت طيب ، وأنت حر ، وأنت خالق ، وأنت
نفسك ، وأنت مستيقظ ، وأنت محبوب ، وأنت تحب ، وأنت تغنى وتطلق ،
وأنت قوى ، وأنت مسئول ، وأنت شريف ، وأنت إنسان ، وأنت ت تطور ،
وأنت حى ... »

وصلى خطابك « ضد الأنحاح » ورفضت أغلب ما جاء فيه وجمعت فيه

، التناقضات ما أغراني بالرد عليه ، ثم أغراني بالرد عليك ، ثم أغراني
لمديث عنك .

وفيه قلت :

« لقد رفضتَ اللغةَ ثم تمسكتَ بلغة الأغلب : الحلالين

وهاجمتَ الأبحاث .. ثم استشهدتَ بنتائجها !

ورفضتَ التشخيص .. ثم تمسكتَ برموز النظريات السائدة !

ورفضتَ المنح .. خوفاً من أن تسجن في خلاياه !

وحاولت أن تتحرر ، وخيل إليك أنك نجحت... ولكن الحرية صعبة صعبة ،
ت تتردد وتحاول أن تميل تحت مظلة تحتمي بها. والمظلة ليست قفصاً مثل قفصك
ييم ، ولكنها وقاية مما يأتي من السماء ، من الجهول .. ولكن إلى متى تظل
مهافوق رأسك ؟ ثم كيف تستعمل يديك ؟ وكيف تنطق ؟ لتتطابق !

نعم ...

لا بد من آخرين ، ولكن ليس دائماً أصحاب لغة لفظية وإنما أصحاب مشاعر
ب (قلوب مخية أيضاً) ، وفيما أعلم فلم ينجح إنسان وحده »

ثم قلت له :

« قيود الأرض غائرة في جوفها وهي تجذبك إليها ، وأنت تمنح ، وتخاف ،
سود التحليل النفسى تأمن في رحابها .. ولكنها تتسلل إلى فكرك
رأية ظاهرية ، وتوهمك أنها مفاتيح تفتح الأقفال ، وأنت في مكرة الأمان ،
ت تحمل كسومة المفاتيح ، تنسى أن المفاتيح تفتح الأقفال أيضاً ولا تفتحها فقط ،
ت تعلم أنى كنت حريصاً على رجوعك ، وما زلت ، ولكن حرصى اليوم
ب آخر غير زمان ، لأننى زمان كنت حريصاً على قسم الأمراض النفسية

وعلى مصر ، وعلى صديق شريف ، أما الآن فأنا حريص ، على إنسان ، قريبا كان وجودك معنا خطوة على الطريق التطورى لنا جميعا .

وأنت تسأل : هل الجلسات الصباحية التى أشرت إليها من معلم لتلاميذ أم من نددند ؟ وأنا أجد عندى الشجاعة الآن لأقول إن رؤيتى الصوفية الآن تجعل الصدق أساس التفاهم وليس كم المعلومات ، وتجعل الحرية الذاتية هى الوسيلة الأولى لتقييم الرأى وليست الحجج والبراهين ، ومن ثم فأنى لا أجد الصدق والحرية إلا فى الشباب (مهما كانت أعمار شهادة الميلاد) رانى بعد تجربتى الأخيرة لست مستعدا بحال أن أضيع عمرى فى مناقشات يزنطية تستعرض فيها العضلات ، أو يحصى بها المناقش نفسه من أصاته ، أو يحصل بها للنقاش على شبق فكرى زائف ، وإنما أنا مستعد أن أبذل عمرى مع إنسان حر صادق تثيرنى اعتراضاته فأجد بها ذاتى وأثير بها فكرى ، ويثيره هجوى فيسنيقظ ويرفض ، ويتصرى بلا خجل . . . والإنسان الذى حلّ مشكلته بين الكتب والأبحاث ، الذى يشق حروف المطبعة أكثر من نبض الإنسان يصعب على أن أثير فيه تساؤلات الوجود والكون والخلق ، وربما كانت مثل هذه الفروق هى التى تميز الأنجليز عن الفرنسيين ، والعلم الهندسى عن الفلسفة الصوفية ، والأرقام عن الموسيقى . . الخ ، والزميل العالم الحافظ المنظم ، أحترمه كما أحترم الأستاذ المصنوع منه برج الجزيرة ، وأحبه كما أحب عمارة بلمونت ، وأقدر كفافحه كما أقدر مهندس السد العالى . . . وقط - من أجل ذلك فأنا أحتاج من أستطيع أن أتكلم معه دون أن أنطق ، وقد وجدت منهم الكثير هنا بين الشباب خاصة ، لأنه كما يقول العرب « من طلب شيئا وجده »

ثم قلت أخيراً :

« لست أدري كيف بدأت الخطاب وكيف أنهيه ، كل ما أدريه أنى أحل

، قسى هذه الأيام ومنذ إبريل الماضى طاقة هائلة من الحب تكاد تقمر العالم
، طاقة تكاد تصنع الحياة، طاقة تصدى الجنون ، وتشرق كالشمس بين جنبي
نفسى وتدفىء وأحس أننا لو كنا جماعة لعملنا شيئاً .. ربما .. بل حتماً ..
وأخيراً لك ما تشعر به من خلال الكلمات »

* * *

هل يمكن أنهى هذا الفصل بغير ما أنهيت به هذا الخطاب ؟
أو هل يمكن أن أنهى هذا الكتاب بغير ما أنهيت به هذا الفصل ؟
لا أعتقد .

* * *

وبعد ...

فهل انتهت حيرتى ؟

أم هى بدأت ؟

ملحق الكتاب

مستويات الصِّحة النفسية على طريق التطور الفردي

«سقراط: لقد كنت أحرك أيها الصديق أنك لن تمنح
برأي الآخرين في هذه المسألة .

جلوكون : ذلك لأنه لا يليق بمن قضى حياته مثلك وهو
يفكر في هذه المسائل ، أن يكتفى بعرض
آراء الآخرين دون أن يعرض آراءه هو .
سقراط : ولكن أظن أنه يليق بالمرء أن يتحدث
عما لا يعلمه وكأنه يعلمه ؟

جلوكون : كلا ، لا يصح أن يتحدث وكأنه يعلمه ،
ولكنه يستطيع أن يقول ما يعرفه على
سبيل عرض رأيه الخاص «

أفلاطون - معاودة الجمهورية

الكتاب السادس

مقدمة :

الإنسان كائن متطور ، وتطوره لا يقتصر على مفهوم النشوء والارتقاء فحسب وإنما يعنى الواقع الدائى للفرد للوصول إلى مستوى إنسانى أرقى ، والإنسان لذلك لا يقتصر هدفه فى الحياة على متعة ذاته أو حفظ نوعه ، ولكنه يمتد إلى تطوير وجوده والرقى على نفسه .

هذه حقيقة قديمة قدم إدراك الإنسان لذاته ، وقد ظهرت فى حياة وإنتاج الفلاسفة والفنانين ورواد الفكر على مر العصور ، وحين نادى زرادشت أو نيتشه أو برناردشو بالإنسان الأعلى ، كانوا يحسدون شعورهم الصادق لفكرة تطور الفرد عبر تاريخه الشخصى ، ومن ثم تطور نوعه ، ومعظم هؤلاء الارتقائيين يمزون هذه النزعة إلى دافع أصيل فى الإنسان يتخذ أسما. وصفات تختلف باختلاف نوع الفلسفة أو زاوية الرؤية أو لغة الفن .

إلا أن آخرين أنكروا ذلك بطريق مباشر أو غير مباشر ، ومنهم فرويد بتأثيره غير المحدود على رأى العام - رجل الشارع - وتأثيره الضلزل فى علوم النفس ، فقد عارض هذه الفكرة صراحة إذ يقول « ... ذلك لأنه يلوح لى أن التطور البشرى ، وما وصل إليه حتى اليوم لا يتطلب أن نلتصق له تفسيراً يختلف عن تفسير التطور فى الحيوان ، وأن ما يبدو لدى أقلية من الناس من رغبة ملحة جامحة تدفع بهم إلى الرقى والكمال ، ليتمكن تفسيره على أنه نتيجة كبت للبول الغريزية !! »

وقد استدرج الطب النفسى تحت تأثير التحليل النفسى مرة ، وتأثير الكيمياء والكهرباء مرة أخرى ، إلى إغفال هذه الحقيقة وأصبح هدفه إما أن يحقق للرئيس اللذة والحياة السهلة ، أو أن يسكن تأثرته ويخفى أعراضه ،

وفي هذا أو ذاك هو يحاول أن يرجع بالإنسان إلى حظيرة الصحة ، أو ما يتصوره كذلك .

ولكن ما هو تصور الطب النفسي للصحة ، وما هو الحد الفاصل بينها وبين المرض ؟ وهل السواء هو المتوسط الاحصائي ؟ أم هو الحالة التي كان عليها المريض قبل عارض للرض ؟

على أنه لو استطرنا في عرض هذه الأسئلة القديمة الجديدة ، ومحاولة إجابتها لكان ذلك إعادة لما سبق أن حير الناس والأطباء وعلماء النفس معا ، وما زال يحيرهم دون جديد محدد .

ولكن المشاكل العملية التي تترتب على هذا القموض في ممارسة الطب النفسي ، مشاكل لا تقع في دائرة الخلافات النظرية وإنما هي تمس الطبيب وتحيره أمام المريض في كل يوم .

لكل هذا فاني أقدم بمرض مفهوم تطوري للصحة النفسية أحاول به الرد عن بعض هذه الأسئلة من ناحية ، والمساهمة في إعادة النظر في وظيفة بعض أنواع ومراحل المرض النفسي على سلم التطور والتدهور من ناحية أخرى ، وهذا المفهوم يهدف أيضا إلى وضع الطبيب النفسي موضعاً إيجابياً يساهم فيه في هذه الحركة بعبون مفتوحة على مصادر العلم ، وإيمان أصيل بمستقبل الانسان وخيره .

الهرب من المشكلة .

لجأ كثير من الأطباء النفسيين إلى الهرب من مواجهة هذه المشكلة بعدة طرق أورد أهمها في هذه المقدمة :

أولا : أعتبر بعض الأطباء النفسين أن الصحيح نفسيا هو الخالي من الأمراض ، أو بشكل أدق من الأعراض .

ولكنه تبين من ناحية : أن بعض الأعراض توجد في كثير من الأسوياء ! ولكن بمجرد وجود المرض لا يعنى المرض ، وقد حاولت بنديكت روث Benidiet Roth أن تثبت أن قيمة المرض المرضية تتوقف ليس على وجوده فحسب، بل على انتشاره وقبوله من البيئة أو رفضه ، ولكن جبروكي Wegrocki أوضح أن المسألة تتوقف على وظيفة المرض المرضية ، وليس على مجرد وجوده أو انتشاره ، فإن المرض قد يخدم التوازن النفسى وأحيانا التكيف ، أو هو قد يخل بهما تبعا لدوره الديناميكي ووظيفته السيكوباتولوجية ، ومن ناحية أخرى : ففي حالة ما إذا لم توجد أعراض أو أمراض فإن ذلك لا يعنى الصحة إذ أن تعريف الصحة تعريفا سلبيا رفض في أغلب المجالات حتى أن الهيئة الصحية العالمية أوردت تعريفا للصحة بوجه عام ينص على أنها « ليست مجرد الخلو من المرض » كما سيأتى تفصيلا .

ثانيا : حاول فريق آخر من الأطباء أن يعدّوا أنفسهم بالذين يحضرون إليهم للعلاج طائعين أو مكرهين ، فلبّجوا إلى التفرقة بين « المريض » والذي به مرض ، « فالمرضى » عندهم من يحضر لاستشارتهم ، يحضر هو أو يحضره آخر ، أما « الذى به مرض » فقد يحضر أو لا يحضر وقد لا يحضره آخر ، وحين لا يحضر يتصور هذا الفريق من الأطباء أنه ليس لنا أن نحكم له أو عليه ، ويفسر أصل هذه الفكرة وجود لفظين في اللغات ذات الأصل اللاتينى يختلفان في المعنى فبسبب هذا الاختلاف وها في اللغة الانجليزية مثلا لفظا « Ill & Patient » (ولم أجد لها مقابلا مباشرا في اللغة العربية فترجمتها إلى ماسبق وهو أن

المرضى هو الـ Patient « والذي به مرض » هو Ill) أما المريض « Patient » فعناه الحرفى فى اللغة الانجليزية: الشخص المريض (حالة كونه) يعالج بواسطة طبيب ، وأما الذى به مرض « Ill » فترجمته الحرفية « فى صحة سيئة » (ولكن لهذا اللفظ الأخير معان أخرى مثل « ذو خلق سيء » أو مؤذ .. وهى معان ليست بعيدة عن بعض أنواع المرض النفسى على كل حال) .

وقد ذكر جيليس Gillis فى ذلك أنه لا يوجد مبرر لمحاولة أن تفصل الخراف عن الماعز باعتبار أن من يحضر للعلاج فقط هو المريض .

على أن خروج الطبيب النفسى من وراء مكتبه فى العيادة النفسية أو المستشفى العقلى ، ودخوله بالبحث والدراسة إلى المجتمع الأوسع ، وازدهار علم النفس الاجتماعى والطب النفسى الاجتماعى جعلوا هذه التفرقة لا معنى لها ، بل أصبحت قاصرة ومعوقة ، لأن حضور « ذى الصحة السيئة » إلى الطبيب ليصبح « مريضا » لن يغير من صفاته ، كما أنه ثبت أن أسباب الذهاب إلى الطبيب النفسى لا تتوقف على شدة المرض أو نوعه ، بل تتداخل فيها عوامل متعددة مثل درجة ثقافة الفرد والمجتمع ، ومدى الرعاية النفسية ، والقدرة الاقتصادية ، والمكاسب الثانوية من الموقف عامة ، وقد قام راونسل ولادون Rawnsley & Lawden بدراسة بعض هذه العوامل التى تحكم فى تحويل المريض إلى عيادة نفسية عن طريق الممارس العام ، ولم يجدوا أى ارتباط ذى دلالة بين هذا التحويل وبين « شدة المرض » أو أى « تشخيص خطير » ، أو أى ارتباط آخر مثلاً مع السن أو الحالة المدنية .

ويلاحظ الطبيب النفسى وخاصة الذى يمارس المهنة فى عيادة خاصة أن بعض المرضى يعيشون « للعلم بالشيء » وزيادة المعرفة ، أو ليزيد طالب قدرته على الاستدكار ، أو لتنظيم أسرة مصروف الشهر . . إلى آخر هذه الأسباب التى لا تتصل مباشرة بالمرض النفسى المحدد للعالم .

ثالثا : لجأ جمهور الأطباء إلى اعتبار المريض مقياس نفسه ، وبالتالي فالصحة هى ما كان عليه قبل المرض أو قبل الاستشارة الطبية ، ويقوم فى ذلك الطبيب بدراسة مستعرضة لشخصية المريض قبل المرض يدرس فيها فوائده وسماته وعلاقاته الاجتماعية وعاداته وغير ذلك ، ثم يجرى دراسة مقابلة عن حالة المريض أثناء المرض (الآن) ، ثم يحكم على مدى صحته ومرضه وربما على الهدف من علاجه .

ولكن حالة المريض قبل المرض ربما لا تعنى الصحة ، فربما أنه « لم يكن يشكو » أو أنه « لم يكن يعرف » ، ولو أن الهدف من العلاج كان فى المقام الأول هو الصحة ، وكانت الصحة هى حالته قبل المرض ، فإن ذلك قد يعنى أن تقلل من إدراك المريض حتى لا يشكو ١١. ورغم أن هذا طريق يصلح فى بعض الأحوال إلا أنه ليس القاعدة على كل حال، إذ أنه كثيرا ما لا يستطيع المريض أن يعيد ترتيب ذاته كما كانت قبل المرض بعد ما تبين له — بالمرض — فشل الترتيب السابق له ، وكثيرا ما تكون مقاومته واحتماله قد أصبحت أضعف من الاستمرار فى الحالة السابقة مما يتطلب درجة من المقاومة أكبر ، أو درجة من الحياة أدنى .

اتجاه التعريفات :

لا أريد هنا أن أسترسل في مراجعة تعريفات الصحة النفسية التي يمكن أن نجدها في محوٲ نظرية أخرى بشكل شامل ومفصل مثل بحث جيليس Gillis أو تيوكر Tucker ، وقد انتهت أغلب البحوث المماثلة بالمحيرة التي بدأت بها ، فيقول جيليس مثلا في نهاية مقاله أنه يبدو « أن الصحة النفسية لا يمكن تعريفها كشيء محدد ، وأنها موضوع نظري وليست قيمة قائمة بذاتها » ، ويضع تيوكر تعريفا يبدو أنه شخصيا غير مقتنع به ، إذ ينتهى إلى تشبيه الصحة النفسية - مشيرا إلى حوار فلسفي بدأ به المقال - ببقرة موجودة « هناك » ولكنها تقف وسط الضباب .

ونلاحظ أن التعريفات بصفة عامة تتجه لثلاثة اتجاهات رئيسية :

الاتجاه الاول :

وهو الاتجاه الذى يرى الصحة النفسية حركة ، أو عملية ، تتجه نحو هدف ما وأنها ليست حالة ساكنة ، ومن الأمثلة على ذلك ما قاله ليماكو Lemkau « هى هدف في المستقبل تتجه إليه الشخصية باستمرار ... وأن هذا الهدف هو الشخصية الصحية » وما أورده عن آخرين من « أن الصحة النفسية هى غاية سعى الفرد أن يننى قدراته الكامنة » أو « أن الصحة النفسية هى السعى إلى المثل ومحاولة اختيار أى التقيم نمتد وأى الأعلام تتبع »

ويستمر هذا الاتجاه واضحا الصحة النفسية كحللم للمستقبل

الاتجاه الثانى :

وهو الاتجاه الذى يبسط الأمر تبسيطا ظاهريا باستعمال ألفاظ سهلة ولكنها

تعنى معان ضخمة وغامضة ومتنوعة ، فمن أبسط التعاريف وربما أشملها قول فرويد أن الصحة النفسية هي أن « تعمل وأن تحب » ، ولكن بالنوص إلى فكر فرويد وطريقته في التفسير والعلاج نجد أن نوع العمل يحتاج إلى توضيح فضلا عن نوع الحب وقد أرجعه صاحب التعريف إلى أصول شبقية نجد من مفهومه تماما ، ومن هذه التعريفات أيضا ما يؤكد على أن الصحة النفسية هي « التكيف » ويشير بعضهم إلى أن المقصود بالتكيف هو التشكل مع المجتمع القائم ومعايرته ، في حين يتسع معنى التكيف عند آخرين ليصبح مرادفاً للتوازن الداخلي والخارجي ، أى مرادفاً للصحة ، وبين هذا المعنى الضيق وذلك المعنى الشامل لا يوجد تحديد أو تصنيف ، لذلك فإن الرضا بالتعاريف البسيطة دون عمق لا يتقدم بفهمنا لهذه المشكلة كثيرا .

الاتجاه الثالث :

أما الاتجاه الأخير فهو يتحدث عن الصحة النفسية بصفات مرصوصة ، تحدد معالم الصحة الإيجابية وتؤكد أن الفرد ينبغي أن يتصف بكل هذه الصفات مجتمعة قبل أن يستأهل صفة الصحة ، ومثال ذلك ما أورده جاهدو Jahoda متضمنة في تعريفها مفاهيم عظيمة ، ولكن يبدو أنها كانت أعظم مما يمكن تحقيقه ، مثل « شعور الفرد بأبعاد نفسه ، ودقة الذات ، والتوافق الذى يتضمن توازن القوى النفسية ، والتلقائية ، وإدراك الواقع ، والرضا عن النفس ، والسيطرة على النوازع » إلى آخر هذه الصفات التى تقترب من المثالية وليست من الصحة بمفهومها العام .



وحق هذه المرحلة نجد أن كل ذلك يشير إلى أن الصحة النفسية هي .

« حركة في اتجاه .. يبدأ من التكيف مع المجتمع بقيمه المائدة ،
ويتهى بمالية صعبة أو نادرة التحقيق ، وكل هذا في إطار غامض
غير محدد »

صعوبات عملية :

على أن هذه الحيرة ، والتفاوت بين التعريفات ، ليست مشكلة نظرية بحتة فإن
ما يترتب عليها من تشويش وخط في الحكم على الأسوياء والمرضى في مجالى
البحث والعلاج يؤكد حاجتنا الشديدة إلى تمديد واضح وخاصة في مجتمعنا النامى
وما يماثله من مجتمعات . من ذلك أن الأبحاث التى تدرس أثر التصنيع على الصحة
النفسية تصل إلى نتائج مخيفة ومتشائمة دون مبرر على دقيق ، فقد راجع أراسته
Araatchi ستة وسبعين بحثاً أجريت في أفريقيا وأمريكا الجنوبية عن تأثير التصنيع
على الصحة النفسية وخرج بأن النتائج متناثرة ، وغير محددة ، وليس لها
علاقة بعضها ببعض ، وعزا ذلك إلى اختلاف المقاييس التى
يقيسون بها .

ومثال آخر في المجتمع الصناعى في الولايات المتحدة الأمريكية حاول
Blatt أن يطبق مفهومًا للصحة النفسية - كما تصوره طلبة الدراسات العليا
في علم النفس الاكلينيكي - على مجتمع صناعى ، وخرج من نتائج بالاستنتاج
التالى : « كلما زادت رتبة الوظيفة .. كلما كانت الصحة النفسية أحسن » ، ولكننا
يمكن أن نضع النتيجة بصورة أخرى قائلين « كلما زادت رتبة الوظيفة كلما
تشابه شاغلها مع طلبة الدراسات العليا لعلم النفس » .. أو حتى : « كلما تشارك

القريقان في التفكير الآمل . » ذلك لأن نوع الصحة لابد أن يتناسب مع المستوى الاجتماعي والعسكري .

وفي محاولتنا للدخول إلى فهم المجتمع الصناعي ومشاكله النفسية والطبية في هذه الفترة من تطورنا أجرينا بحثاً عن الغياب المرضي (الرخاوى وآخرون) حاولنا أن نربط فيه بين تواتر الأعراض والمظاهر النفسية ، وبين الغياب للمرضى الطويل لأى سبب ، ووجدنا علاقة إيجابية ، مما دعانا إلى استنتاج أن الغياب المرضي بالنسبة للمجتمع ما يمكن أن يكون مؤشراً للصحة النفسية للمجتمع ككل ، أما بالنسبة للأفراد فقد عجزنا عن تعميم هذه القاعدة ، وقد تجنبنا التعرض لتقييم ومقارنة الصحة النفسية للصعوبات التي تحيط بهذا المفهوم ، وكان هذا نوعاً من التهرب من مواجهة المشكلة في مجال البحث العلمى ، مما يشير إلى أن البحث عن تحديد وتوضيح مفهوم الصدمة النفسية أصبح ضرورة ملحة ليس في مجال الطب بل في كل المجالات .

المقاييس التقليدية للصحة النفسية :

بارغم من اختلاف التعريفات هذا الاختلاف الظاهر ، إلا أن المقاييس التي نقيس بها الصحة النفسية ما زالت محدودة ومقبولة من الجميع وهى ثلاثة مقاييس على وجه التحديد ، التكيف ، العمل ، و الرضا وهى معايير صالحة فعلاً ، ولكن معانيها كما سبق الإشارة قد تختلف أشد الاختلاف من فرد لآخر ومن مجتمع لآخر .

وقد أشرنا إلى « أن التكيف » مثلاً قد يعنى التلازم مع البيئة الخارجية أو الداخلية ، ولكن أسئلة كثيرة قد تشكك في قيمته كمؤشر للصحة مثل :

التكيف لمصلحة من وعلى حساب من ؟ التكيف إلى أى مدى وفى أى مجال ؟ وما هو حكم تكيف مجرم مع أفراد عصابته أو عدم تكيف فنان مع بيئة القرية ؟

أما « العمل » فإذا قصدنا به مجرد الإنتاج المادى فى المجال الأساسى لعمل الفرد فهو كثيرا ما يضع الانسان فى عداد الآلة التى تقاس جودتها وصلاحيتها بمدى إنتاجها ، لذلك كان العمل أنواعا تختلف حسب هدفه وبجمله ووظيفته للفرد والمجتمع .

وأخيراً فإن « الرضا » يمثل قمة الإنجاز ، إذا لم تعدد معالاه تفصيلا ، فما هو الرضا فى جوهره ؟ أهو الاقرار بالرضا ؟ أم التسليم عن رضا ؟ أم هو تصور الرضا ؟ أهو حكم الشخص على نفسه أم حكم الناس عليه ؟

كل هذه تساؤلات تشير نفس القضية حول نوعية الصحة ، وقد تثير مشاكل مصاحبة للقضية مثل «مدى اعتبار الجرمين مريضى» أو مشاكل «البقرية والإبداع الفنى» وغيرها من المسائل التى ترتبط كلها بأصل واحد وهو مدى الصحة ونوعيتها .

نوعية الصحة .

من كل ذلك يتضح أن التفرقة بين مستويات الصحة النفسية أصبحت حاجة ضرورية وعملية للتطبيقات اليومية ، سواء فى مجال البحث العلمى أم العلاج ، لذلك كان الانحياز حديثا إلى وضع التساؤل عن الصحة النفسية بشكل آخر ، فبدل أن نسأل عن الشخص المعنى : هل هو صحيح أم مريض ؟ ينبغي

أن نسأل « كيف هو صحيح » ؟ أى على أى مستوى وبأى صورة ؟ فإن للصحة مستويات تصاعدية مختلفة ، وبذلك تتجنب الوقوع فى خطأ اتهام أغلب الناس بعدم الصحة إذا هم لم يتصفوا بصفات معينة ، ربما تكون أقرب إلى صفاتنا نحن ، أو حتى إلى الصفات التى تمنناها لأنفسنا ، وقد نبالغ فى ذلك حتى نصل إلى مثالية بعيدة التحقيق ، فكم لاحظنا صيغة « أفل التفضيل » فى كثير من الأوصاف التى تخلع على الصحة مثل « أحسن ما يمكن من تكيف » « أفضل طريقة للحياة » أو ألقاظ أخرى تصلح لقصيدة شعرية مثل « قمة السعادة » « غاية النضج » « الفاعلية الكاملة » ، ولم يقع فى ذلك الخطأ فرد أو عدة أفراد ، ولكن التعريف الذى أوردته الهيئة الصحية العالمية عن الصحة عامة كان يحمل مثل هذه الصفات المطلقة وهو : « الصحة هى حالة من تمام Complete الشعور بالسعادة (أو الراحة) فى كل المجالات : العقلية والجسمية والاجتماعية ، وليست مجرد انتفاء المرض » .

كل ذلك جعل لازماً أن يتضمن السؤال عن الصحة ، تفاصيل عن التكيف وليس مجرد الكم .

وقد دفع هذا « أراسته » Arasteh إلى وضع مفهوم على للصحة النفسية ، يربط فيه مدى تطور الفرد بمدى إدراكه لهذا التطور وتناسب احتياجات هذه المرحلة مع ما يهيئه المجتمع من فرص لتحقيق أغراضها ، وبذلك يكون قد ربط الإدراك ، بالتطور ، بتحقيق الاحتياجات ، بالفرص المتاحة فى المجتمع ، وعليه يكون الفرد فى صحة جيدة « إذا حققت دوافعه مدى إدراكه لاحتياجاته ، وأمكنه مجتمعة من ذلك » .

وقد وضع تبعاً لذلك فرضاً لنظرية متكاملة عن الإنسان تجعل دافع النشاط

Activity Motive في مستوى أساسى، على قدم المساواة مع دافع الجنس، وحفظ الذات، وقد حدد مستويات ثلاثة للصحة النفسية هي المستوى الطبيعى Natural Level حيث ينصرف الإنسان أكيا ليحقق حاجاته البيولوجية أساساً، والمستوى التالى هو المستوى البيئى Cultural Level حيث يدرك الانسان بيئته ويستجيب لاهتماماته في حدود البيئة المباشرة، وأخيرا المستوى الخلقى - وسماه أيضا البعد يئى - Creative & Transcultural، حيث يتخطى الانسان حدود بيئته المباشرة ويصبح تكيفه مع الحياة ذاتها .

ويبدو أن هذا الاتجاه كان ينبض في عقل أكثر من مفكر في نفس الوقت فقد حاول برينيتى Brunetti مستقلا أن يضع مستويات للصحة جاءت موازية تقريبا لمستويات أراسته، واعتمد في ترتيبه على مجالات التكيف وأبعاده، وفرق بذلك بين «صحة الجسم» أو الصحة البيولوجية La Santé Biologique حيث يكون التكيف بين أعضاء الجسم، وتكون الصحة مرتبطة بمدى تلاؤم الأعضاء مع البيئة العضوية الداخلية، ثم «صحة النفس» La Santé Psychologique التي تربط بمدى تكيف الفرد مع مجتمعه البشرى المباشر مثل أسرته وزملاء عمله، ثم أخيرا «صحة الروح» La Santé de l'esprit التي تشير إلى التكيف والتلاؤم مع عالم الانسان بصفة مطلقة، وعالم ما بعد الانسان زمانيا ومكانيا .

ورغم وضوح هذه الرؤية ومسارها لحاجتنا الشديدة لتقسيم الصحة النفسية إلى مستويات نوعية إلا أن تطبيقاتها العملية لم تأخذ حقا الواجب، كما أن النظريتين لم تشيرا على وجه التحديد إلى هذه التطبيقات وكيفية الاستفادة من هذه الرؤية فيما عدا ما أشار به أراسته من الحذر في الدراسات المقارنة، وعلاوة نظريته هذه بنظريته في العلاج النفسى .

ويمكن أن نوجز الحقائق التي أوصلتنا إلى هذه المرحلة من التفكير فيما يلي :

١ — أن الصحة النفسية ليست قيمة واحدة وإما هي عدة قيم ، أو هي عدة مجموعات من القيم ، التي يمكن ترتيبها على مستويات تصاعدية .

٢ — أن الفروق بين هذه المستويات هي بالضرورة نوعية وليست فقط كمية .

٣ — أن الإنسان في حالة تطور دائم ، ليس فقط في تاريخه كنوع ولكن أيضا أثناء حياته كفرد مستقل .

٤ — أنه ينبغي فحص الفرد وبنائه في نفس الوقت ، لتحديد نوع ومدى صحته النفسية .

وقد وجدت أن المستويات المختلفة للصحة النفسية صالحة لفرض محدود ، ووجدت أنه ينبغي أن نضع في الاعتبار الوسائل النفسية للحصول على التوازن في كل مستوى ، والمشاكل العملية التي يمكن أن نحلها بهذا الفهم الجديد .

ومن بعض هذه الأسئلة التي ينبغي أن تشغلنا ونحن نقسم الصحة إلى مستويات ، تساؤلات حول أسباب المرض النفسي وأنواعه وعلاجه مثل :

١ — هل يمكن أن ترتب الأمراض النفسية في مستويات مقابلة لمستويات الصحة المقترحة ، وبالتالي نعيد ترتيب التشخيصات ترتيبا تطوريا — أو تدهوريا — على وجه الدقة ؟

٢ — كيف يمكن ربط أسباب المرض النفسي الوراثية والبيئية بهذه

الحركة التطورية ومضاداتها سواء للوصول إلى مستوى أرق للصحة النفسية ،
أو مستوى أخطر من المرض ؟

٢ - هل يمكن للعلاجات المختلفة - نفسية أو كيميائية أو اجتماعية -
أن تجد دوراً جديداً يتناسب مع إعادة ترتيب مستويات الصحة والمرض ؟

التعريف :

وفى محاولة للإجابة على هذه الأسئلة أقدم فرضاً جديداً من واقع الممارسة
العملية ، ولا يخفى أن العلم لا يتقدم بمجرد وضع القروض ، ولكنه أيضاً -
كما قال وينهيد Whitehead « ... إن بعض اللصائب العظمى التى لحقت
بالإنسان ، كانت نتيجة لضيق الأفق مع أسلوب منهجى ممتاز »

وقد بدأت بوضع تعريف للصحة النفسية حاولت أن أجعله شاملاً ، ولكنى
موقف ابتداء أن أصعب الأمور ، وربما أسخفها ، هو التعريف ، ومع ذلك فلا بد
من بداية :

« إن الصحة النفسية هى توازن القوى التى توجه إمكانيات فرد معين
فى مجتمع ما فى وقت بذاته لتحقيق لهذا الفرد احتياجاته المرتبطة بدرجة تطوره ،
والتي يتم بها التوافق الداخلى ، والتلاؤم مع ما حوله فى نفس الوقت »

وأهم ما أحب التركيز عليه فى هذا التعريف - وهو ما أكده الكثيرون
من قبل متفرقين - وهو توازن القوى وارتباطه بعامل الزمن ، لأن الفرد
يتغير ، والمجتمع يتغير ، والرؤية تتغير ، والاحتياجات تتغير من وقت لآخر ، ومن
ثم فإن التوازن وقياسه يتغير من وقت لآخر ، فهى عملية تناسب مستمرة

توقف على الوقت مثلما تتوقف على العوامل الأخرى مجتمعة أو على افراد .

التطور الفردى وعطات التوازن الرحلية :

أحب أولاً أن أشير إلى أن الحديث عن الصحة النفسية مرادف في أغلب الأحوال للحديث عن النضج ، وكان مفهوم الصحة النفسية الشائع وتعليماتها يختص بالإنسان الراشد ، ويصف تلك الحالة التي يتمتع بها الفرد بعد إتمام مراحل نموه ، وهذا مقبول بداهة ، إلا أنه لا بد من توضيح شكل التوازن ومعناه في مراحل النمو المختلفة ، وعلى ذلك فأتى سأبدأ بتصنيف الصحة النفسية عند الراشد ثم أربط ذلك فيما بعد بالمراحل السابقة .

وباعتبار أن الصحة النفسية هي توازن القوى الفعالة التي تهدف إلى تحقيق التوافق الداخلى والخارجى بكل وسيلة ممكنة ، وأن الإنسان كائن متطور في حياته الفردية مثل تطوره في تاريخه ، فأتى أعرض الفروض المتتالية الآتية :

الفرض الاول :

يولد الطفل حاملاً إمكانيات ودوافع متعددة يختلف تصنيفها حسب المدارس النفسية المختلفة ، كما يولد حاملاً طرقاً في السلوك يستعمل بها هذه الإمكانيات والدوافع ، ولنسم هذه الأخيرة «الوسائل» تمييزاً لها عن القدرات الأساسية العامة والخاصة ، وتمتد جذور هذه الطرق السلوكية إلى تاريخ الفرد وتاريخ النوع معاً ، وتاريخ الفرد هو تكرار لتاريخ النوع على كل حال ، وتستعمل هذه الوسائل المتنوعة سائر القدرات لخدمة أغراضها حسب مرحلة تطور الفرد ، وهدفها دائماً تحقيق التوازن ، فالذكاء العام أو المهارة الخاصة قد تساهم في تحقيق

التوازن في كل مرحلة تطور ولكن بنوعية مختلفة عن المرحلة الأخرى
لاختلاف الهدف ونوع الحياة في كل ، فالتقسيم هنا ليس تقسيم قدرات
أو دوافع ، بل هو تقسيم وسائل وأهداف استعمال هذه القدرات .

ويمكن تقسيم هذه الوسائل إلى ثلاث نوعيات :

١ - الوسائل الدفاعية : وهي الوسائل التي يدافع بها الانسان عن
وجوده ككائن حي ، وعن بقاءه واستمرار نوعه الحالي ، وبها يتجنب الألم
والقلق والرؤية المثيرة لهما ، وهي وسائل تمتد جذورها إلى تاريخ الانسان
الحيواني وإن اتخذت في أجداده صورة بيولوجية (بمعنى جسمية عضوية في
هذا المقام) في حين تحولت بالنمو النفسى المقدر للانسان إلى وسائل دفاعية
نفسية معقدة تسمى أحيانا الميكانيزمات الدفاعية **Defensive Mechanisms**
فالحرباء والقرشة تغيران لونها لتماثلا البيئة من أحجار وأزهار وتجنبان بذلك الخطر ،
والانسان يتشكل مع المجتمع ليحمى نفسه من الاختلاف الخطير ، والنعامة تدفن
رأسها في الرمال ، والإنسان يستعمل ميكانيزم الإنكار ، والحيوان يمارس
العدوان ، والإنسان يمارس الاسقاط والعدوان لتخفيف التوتر ، وفي الحالتين
فإن الهدف واحد وهو : حماية الذات ، والحفاظ عليها من اعتداء الآخرين ،
وتجنب الألم والقلق ، ومن ثم المحافظة على بقاء النوع والتراث كما هو .

٢ - الوسائل المعرفية : وهي الوسائل التي يدرك بها الانسان بيئته وذاته ،
وهي تتشابه بين الانسان والحيوان ولكن رقى نمو النخ والتفكير في الانسان ،
جعلها فوق مثيلتها في الحيوان بأضفاف الأضفاف ، وأريد هنا أن أميز بين
« المعرفة » و « البصيرة » ، فإنما أعنى بالمعرفة الادراك العقلي السطحي دون
عمق عاطفي حادسي ، وربما امتدت المعرفة إلى بعض طبقات النفس فيعرف

الإنسان دفاعاته أو « ميكانيزماته » مثلاً ويضمهما، ويعرف قدراته ويطلقها حسب ظروفه المتاحة ، ويعترف على يثبته ويستغلها ويتكيف معها، ولكنها غير البصيرة التي تشير إلى إحساس أعمق بمحدور الكيان الانساني ، فالمعرفة قد يصحبها وقد لا يصحبها عمق افعال مناسبة ، ويتوقف نمو هذه الوسائل المعرفية على ظروف تكوين الفرد ، وبمجال نموه ، ومصادر الإعلام من حوله ، واتساع دائرة ثقافته وإمكانات مجتمعه ، على أن كل إنسان يولد وعنده استعداد للمعرفة على قدر الفرص المتاحة ، فإذا ما انطلقت للعمل فإنها تساهم في الحفاظ على التوازن . . ومن ثم الصحة .

٣ - الوسائل الخلاقية (بالعمل المغير) : وهذه الوسائل تشمل القدرة على التغيير وعلى الخلق وعلى إعادة تنظيم الذات والمجتمع والحياة بصورة عامة ، وهي قدرة إنسانية أساساً رغم وجودها عند أجدادنا عبر التطور ، إلا أنها لم تصل إلى الوعي الإرادي كما وصلت عند الإنسان ، والذي لم يستعملها من أولاد عمومته لم يتطور ، فالواقع « أن الحيوان لا يعمل بمعنى الكلمة ، وإنما تحكم في نشاطه مجموعة من التنظيمات البيولوجية ، فتراه يسعى إلى اشباع حاجاته العضوية كلما دعت الضرورة إلى ذلك » (زكريا ابراهيم) ، ولذلك استمر حيواناً ، وإنما الذي أعنيه هنا هو العمل الانساني الذي لا يتصف به - عموماً - إلا الإنسان ، والذي هو نتاج الإنسان وربما صانع الإنسان « إن التاريخ العالمي المزعوم إن هو إلا عملية إنتاج للإنسان نفسه عن طريق العمل البشري » (ماركس) .

وهذه الوسائل الخلاقية بالعمل المغير تخدم التوازن أيضاً في أعلى صورته ، وهي موجودة في الإنسان منذ الولادة .

فكان هذا القرض يقول « إن الطفل الإنسان يحمل هذه الوسائل الثلاث بنسب متقاربة - تختلف حسب الوراثة طبعا ، فهي ليست متساوية تماما - ، وهى بهذا الترتيب السابق ذكره تمثل تاريخ تطور الإنسان بصفة عامة ، أما بالنسبة لنمو الفرد فان الطفل فى طريقه نحو النضج يحاول تنمية كل منها حسب الظروف المتاحة من المجتمع بما فى ذلك طرق التربية والنظم السياسية والتمهيدية والاقتصادية ، التى ترجح فى النهاية إحداها على الأخرى .

الفرض الثانى :

يتم التوازن فى الإنسان الراشد فى أغلب الأحوال - وحسب درجة تطور المجتمع إنسانيا وحضاريا - بتنمية الوسائل الدفاعية على حساب القدرات الأخرى ، فقطعى عليها ولكن لا تلتفها ، فيحصل أغلب الناس على التوازن بالوسائل الدفاعية أساسا .

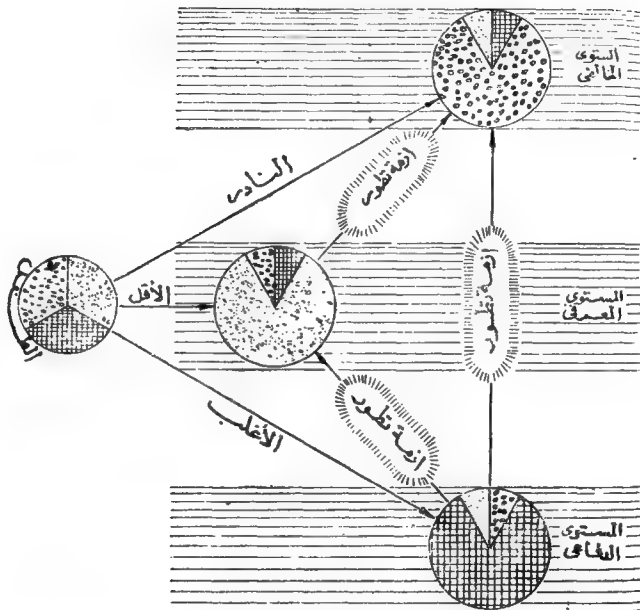
وفى نسبة أقل يتم التوازن بتنمية الوسائل المعرفية أساسا على حساب الوسائل الأخرى .

وفى نسبة نادرة يتم التوازن بالعمل الخلاق أساسا ثم بدرجة أقل بالوسائل الأخرى شكل (١) .

وبديهى - ولكنه تكرر لازم - أن الوسائل الدفاعية أقل تطوريا من الوسائل المعرفية ، التى هى أدنى بالتالى من الوسائل الخلاقية .

الفرض الثالث :

إن الانسان يتطور أثناء حياته كفرد ، وأن وصوله إلى مرحلة من التوازن بالاجواء إلى وسيلة أدنى ، لا يعنى توقفه الهائى عند هذه المرحلة ، إذ أن



المستوى المتأخر

المستوى المتوسط

المستوى البدائي

تكون هذه المستويات الثلاثة متتالية، فكل مستوى يتطور من المستوى الأدنى، ثم يتطور إلى المستوى المتوسط، ثم إلى المستوى المتقدم.

قدراته الأخرى التي لم يتح لها فرصة التدريب والموقف تهدأ مؤقّتا في هذا المستوى الأدنى، وانكسرها قد تثار في أى وقت في تاريخ حياة الفرد نتيجة لواحد أو أكثر من العوامل التالية :

١ - أن تفشل المرحلة الأدنى لحفظ التوازن لأنها استنفدت أغراضها، مثل أن يبدو في الحياة من الأمان ما لا يتطلب الاستمرار في الدفاع والمهجوم، فتصبح الحاجة إلى استعمال الوسائل الدفاعية (والمهجوم من ضمن الدفاع) لا معنى لها وهذا ما قصده بتعبير « استنفدت أغراضها » .

٢ - أن تثار القوى العرفية أو الخلاقة أو هما معا نتيجة لثيرات خارجية مثل مزيد من الثقافة فالرفض ، أو الاحتكاك الانساني الأوسع فالقهم فالاحتجاج ، أو فترات التحول المضاري القلقة ، أو رؤية الأمل في الأحسن وأنه ممكن التحقيق ، أو غير ذلك من المثيرات لهذه القوى الكامنة .

٣ - أن تثار هذه القوى نتيجة لفقد التوازن البيولوجي (بالمعنى العضوى فحسب) في فترات التحول الهرموني مثل فترة المراهقة أو من اليأس ، أو نتيجة لأى اختلال عضوى آخر مثل المؤثرات العضوية الخارجية والداخلية التي أتجنب الإشارة إليها في هذا البحث .

٤ - أن تثار هذه القوى تلقائيا نتيجة لقوة ذاتية تحددها في الأغلب في هذه الحالة العوامل الوراثية .

وعادة ما يتم فشل المستوى الأدنى نتيجة لأكثر من عامل في نفس الوقت ، فإذا اختل التوازن ، ظهرت الأعراض ، وفي نفس الوقت أثبرت وسائل جديدة لإعادة التوازن ، ذلك لأن الوسائل الأدنى لم تدكافية لتحقيق التوازن

بعد هذه الإثارة أيا كان مصدرها - على أنه من أهم مثيرات مستوى معين من الصحة هو مخالطة نوعيته، فالمهجوم يثير الدفاع، والتفافة تثير المعرفة، والاستمتاع الفني يثير الابداع الفني، وهكذا.

الفرض الرابع :

أن للصحة النفسية مستويات متتالية تقابل الوسائل الغالبة للحصول على التوازن، وأنه يمكن تمييز ثلاثة مستويات محددة دون إغفال المستويات المتوسطة بينها، وإنما نشرح كل مستوى بصفاته الكاملة نظريا حتى تتحدد الصورة بوضوح أولا، أما التوفيقات البينية فيمكن استنتاجها بسهولة.

وعلى ذلك فانه يمكن أن يقال على أى فرد متوازن أنه صحيح نفسيا مع تحديد نوع الصحة التي يتميز بها حسب الوسيلة الغالبة للحصول على التوازن . وحتى نعرف نوع الصحة التي يتميز بها فافى سوف أستعمل نفس المقاييس التقليدية لقياس الصحة وتمييزها، وهى التكيف والرضا والعمل ولكن معانيها وترتيبها سوف تختلف اختلافا تاما من مستوى لآخر جدول (١)، كما يلى :

اولا - المستوى الدفاعى :

وفيه يمارس الانسان مظهر الحياة دون جوهرها ، ويستمر يدافع عن نفسه وبقائه وقيمه الاجتماعية الثابتة أكثر مما يسعى إلى معرفة طبيعتها وإطلاق قدراته لتغييرها، وهذا المستوى يتصف به (ربما للأسف) أغلب الناس وخاصة فى المجتمعات البدائية والتقليدية والمتخلفة ، ويتم التوازن بالدفاع والمهجوم معاً، وتقاس الصحة النفسية بمدى نجاح العى النفسى الذى يتمتع به الفرد، ويكون ترتيب المقاييس ومعناها كالتالى :

التكيف : ويعنى هنا التشكل حسب قوالب المجتمع ومجاراة القيم السائدة

على حساب أى شيء آخر ، فالإجابات التقليدية جاهزة لكل سؤال ، وثبتت الواقع أمان من كل اهتزاز .

العمل : ويتجه أساسا لإرضاء الترائز وحفظ النوع (لا تطويره) ، فالإنسان هنا يعمل للحصول على لقمة العيش والمركز أساساً ، ثم لاقتناء ممتلكات رمزية تتميز وجوده وتبرره وتساعد في نفس الوقت في نجاح المعنى النفسى لتحقيق التوازن .

الرضا : ويتم أساسا بتجنب الألم والقلق والارتواء من اللذة الحسية . وأود أن أشير إلى معنى الترتيب في هذه المرحلة من البحث ، إذ أنه لا يمكن فصل مقياس عن الآخر ، وإنما وضعت الترتيب على أساس أنه إذا تعارض اثنان فرضاً فأيهما يرجح ؟ ووضعت الراجح في ترتيب سابق ، فمثلاً إذا تعارض التكيف مع الرضا (وهما لا يتعارضان عادة لأهمهما يخدمان نفس الهدف النفسى للرحلة ولكن التذبذبات محتملة) فإن الفرد لا بد أن يفاضل عن الرضا مؤقتاً ليتشكل مع النظام السائد الذى سيحقق له الرضا أخيراً بشكل أدنى ما دام قد قبل هذا المستوى من الصحة ، فهذه الترتيب لا وجود له في الواقع إذا كانت المعانى مطابقة تماماً للرحلة ، كما أن هذا الترتيب يشير إلى « المقياس » وليس إلى « القيمة المطلقة » فالصحة هنا تقاس بالتكيف أولاً فالإنسان في هذا المستوى من الصحة « مثله مثل الجميع يكسب لقمة العيش ، ويقضى من الأشياء أكثر ما يمكنه ويملاً بطنه وتلذذ حواسه ، وينام ، وتنتهى آماله في الأغلب عند الستراؤ الممتلكات الرمزية »

وأحب أن أؤكد أن هذا المستوى مستوى مشروع من الصحة ، يتمتع به الأغلبية ، لذلك لا ينبغي أن ينتقص توازن الفرد عند هذا المستوى من حقه

في الحياة الآمنة ما دامت قدراته وإمكانات مجتمعه لم تسمح له بغير هذا المستوى ، ولعل هذا المستوى هو ما أشار إليه لامبو Lambo في مناقشته للصحة النفسية في المجتمعات النامية قائلا « إن مفهوم التقبل والتلازم الاجتماعي هو أكبر علامة لتقويم الصحة النفسية في المجتمعات التقليدية » .

نم إن الإنسان في تطوره يحتاج إلى الكم الذي منه يخرج الكيف ، واحترام الكم الذي يمثل هذا المستوى إنما يعني أمرين : الأمر الأول أن هدف الطب النفسي هو تحقيق التوازن على قدر ما تسمح الظروف، وليس اتهام الناس بالمرض وإثارتهم دون إمكانات مناسبة ، والثاني أن الإنسان على هذا المستوى قد يتطور في أى وقت أو قد ينجب من الأطفال من يحمل بذور التطور وتسمح له ظروفه باطلاقها في أمان أكبر ، وهذا يكون قد أدى وظيفته التطورية بطريق غير مباشر .

ثانيا : المستوى العرفي :

وهنا يعرف الإنسان أكثر ، فيدرك كثيرا من دوافعه وغرائزه كما يدرك القيم الاجتماعية من حوله ، ويتقبل هذا وذاك فيحصل بذلك على التوازن ، وبهذه الرؤية الواضحة قد لا يحتاج إلى كثير من الحيل الدفاعية إذا اعتبرنا أن المعرفة في بعض صورها دفاع ضد البصيرة الأعق ، وهو يصل إلى درجة من الراحة والتلازم لا تثير قدراته الخالقة للعمل الجديد والتغيير فيكون هدفه أساسا في هذه المرحلة هو الراحة واللذة والمهدوء ، وربما القراءة أو المناقشة العقلية ، ويصل الفرد إلى هذا المستوى من التوازن بالمعرفة وربما بالاستبصار الذاتي عن طريق معلم أو كتاب أو صديق أو محلل أو طبيب ، وكما سبق أن ذكرنا (وهو مبين بالشكل التوضيحي شكل (١)) أن التوازن عند هذا المستوى

لا يخلو من وسائل دفاعية أو ممارسة بعض النشاطات الخلاقة (ولكنه ليس نشاطا بالضرورة للتخير ، رغم أصالته) وتكون المقاييس حسب أهميتها القياسية مرتبة بشكل خاص كما تختلف ، معانيها عن بقية المستويات كالتالى :

الرضا : وهو هنا المقياس الأساسى ، ويتميز بقبول الذات واحترام الصراع ، ويتم بتحويل الألم لا بتجاهله تماما مثل المستوى الدفاعى ، وينفس الفرد عن القلق بالتفريج والترويح والفهم ، ويحصل على اللذة العقلية بالمعرفة ، بالإضافة إلى الافراج عن اللذة الحسية والتمتع بها .

التكيف : ويشمل هنا التكيف مع داخل النفس والواقع الخارجى معا نتيجة للمعرفة بطبيعة ما يجرى فى الداخل والخارج على المستوى العقلى ، ولا يتعدى مجال التكيف المجتمع القريب فى الأسرة والأصدقاء والعمل ، وقد يتحدث عن المجالات الأوسع للانسان إلا أن ذلك لا يكون تكيفا معها بقدر ما هو فهم لها أو مناقشة لظروفها ، ومهما ظهرت كلمات التخير فى الحديث فإنها تقتصر إلى العمق الخلقى ، وتكون أقرب إلى التفسير والتبرير .

العمل وهنا يتعدى مفهوم العمل مستوى كسب العيش واقتناء الأشياء . وإرضاء الدوافع الفريزية إلى ممارسة بعض المهارات التى تجلب للمتعة والتسلية كذلك ، وتصبح وظيفة العمل هنا بعد تحقيق الدوافع الأولية ، إطلاق الطاقة للمتعة وتثبيت الذات ، ومن ثم الرضا والراحة والاستمتاع .

وهذا المستوى ربما يصف من يطلق عليهم المثقفون ، وعلى الرغم من أنه يعتبر أرقى من سابقه وأقرب إلى الصفات الانسانية إلا أنه من الصعب اعتبار أو تصور أن غاية تطور الانسان أن يكون فاهما مرتاحا ، وإن كان هذا هدفا عظيما فى

حد ذاته حتى يفري بأن يكون غاية أمل الفرد فلا، إلا أنه لا يحمل إرادة التطور والتغير ولكنه يخدم اتساع دائرة المعرفة الانسانية التي تخدم بدورها ولو بطريقة غير مباشرة شحذ البصيرة الانسانية ومن ثم الانطلاق إلى المرحلة التالية، ويمكن وصف الانسان في هذا المستوى من الصحة بأنه « إنسان يتمتع بالراحة، يعرف كيف يرضى نفسه ويسير من حوله، ويقبل الموجود ويتمتع بالممكن، يمارس عمله وبعض هواياته » .

ولكن هذا المستوى مثل سابقه، إذا استنفد أغراضه، أو ثارت قوى التطور عليه (تلقائياً أو نتيجة مؤثرات كما سبق) فإنه لا يعد كافياً لحفظ التوازن .

ثالثاً : المستوى الخالق (الانساني)

وقد وضعت الانساني بين قوسين حتى لا أنفى صفة الانسان عن المستويات السابقة، لأن هذا المستوى وإن وصف الانسان كما ينبغي أن يكون، إلا أنه لا ينطبق إلا على ندرة من الناس في المرحلة الحالية لتطور الإنسان، ونظراً لأن الطبيب النفسى يعالج كل البشر فعليه أن يحترم مراحل تطور كل البشر، وبذلك تتجنب ما أخذناه على بعض التعريفات حين قصرت معنى الصحة على هذا المستوى فحسب .

على أن هذا المستوى هو غاية تطور الانسان « كنوع » والانسان « كفرد » لأنه إذا امتد معنى التكيف إلى اهتمام الانسان بوجوده زمانياً كمرحلة من النوع البشرى تصل الماضى بالمستقبل، ومكانياً كفرد من البشر في كل مكان، وأصبحت راحته وصحته لا تتحقق إلا بأن يساهم طويلاً في التطور وعرضياً في مشاركة الناس آلامهم ومحاولة حلها بالتغير والعمل الخلاق، ولم

مستوى الصحة	المستوى الدفاعي			المستوى الخلاق
	القياس الأول	ترتيب القاموس		
القياس الأول	التكيف : يعني التشكل مع المجتمع وجماعة القيم السائدة كما هي	العمل : ويميز بالقدرة على التغيير : في عمارته الحياة أو تربية عقل أو إبداع فن، ويحدد نمط الحياة في كل زمان ومكان	الرضا : يعني هذا الشعور بالسعادة الإيجابية بالطريقة المشروطة مما، كما يشمل ممارسة التعلق السكتوني لصالح الإنسان	التكيف : ويكون التلاؤم مع البيئة بالمشورة بتغييرها ما أمكن، كما أنه يتعد للجنس البشري كله ويشمل الإنسان على لا وعونه
	العمل : ويصبح أساسا لارضاء الدوافع الأولية، والاستغراق في القناعات المتسككات الرمزية	التكيف : ويشمل التكيف مع داخل النفس وقبول الواقع مما	العمل : ويصبح لارضاء الدوافع الأولية، وكذلك إطلاق الطاقة في محاربة الغمريات	
	القياس الثاني	الرضا : ويتصف بتجنب الأمور المحسول على اللذة الحسية		

جدول (1) بين مقاييس الصحة ومآلها التنوعية ، وترتيبها التغير ، حسب كل مستوي .

يخل كل ذلك بحياته اليومية ، ولم ينقص من قدرته على كسب عيشه مثلاً أو تكوين أسرة ورعايتها، فإنه يكون قد حقق إنسانيته وتوازنه على أرق مستوى معروف للصحة النفسية ، والحياة .

ويكون ترتيب للتأليس في هذا المستوى حسب أهميتها كالتالى :

المحل : وهنا يصبح العمل أساسيا لاغنى عنه لتحقيق التوازن ومن ثم الصحة النفسية ، والعمل الذى يؤدى هذا لغرض هو « العمل للنير » أو الخلاق ولا أغنى به هنا نوعا خاصا من الابداع الفنى (إلا أن هذا يدخل في بعض الأحيان ضمن هذا المستوى) وإنما أغنى به أى عمل فيه تغيير للواقع لصالح الإنسان وخلق الجديد ، وهذا الجديد ابتداءً هو نوع الحياة التى يحياها الفرد وكأنه يخلق نفسه من جديد ، ومنه أن يطلق قدرة مطلقه وينسب حرية الخلق لديه ، وهو بذلك يتعدى مجرد كسب العيش أو ممارسة هواية ، ولكنه لا يمتد على حساب هذا أو ذاك . من هذا يتضح أى لم أعن أنه لا بد للإنسان من خلق عمل فى حتى يتصف بالتوازن على هذا المستوى ، بل إنه ليس ضروريا أن من يخلق عملا يكون قد حقق صحته النفسية في هذا المستوى ، إلا أثناء عملية الابداع فقط (كما سيرد ذكره) ، فالقصد هنا أن الوجود الإنسانى الإيجابى والمساهمة فى الاستمرار كحلقة متغيرة فى سلسلة التطور ، هو خلق جديد فى ذاته ، فتكون الحياة ذاتها فناً أصيلاً ، ولا يكون الفن بديلاً عن الحياة ، لأن مجرد تغيير نوع الفرد يحمل الأمانة اللازمة لاستمرار سلسلة التطور .

الرضا : ويعنى هنا السعادة الإيجابية التى تصاحب « العمل للنير » أو الخلق ، ويشمل الشعور بالحرية والمسئولية مما ، وممارسة القلق البناء لصالح النير ، لأن الرضا يأتى مما يثيره القلق من عمل يتفوق به الإنسان على نفسه ،

فلا يقتصر بذلك معناه على النعمة أو اللذة الحسية ، وإنما يعنى الشعور بالانسجام والانسجام مع الحياة والناس والوجود ، ولا يشترط لذلك درجة النشوة التى يصل إليها الصوفى أو الفنان أثناء تجربة الخلق ، فهذه حالة مؤقتة ، ولكنها على كل حال تحمل نوع هذه التجربة حيث تمتدى السعادة الانسانية اللذة والراحة إلى النشوة والإحساس الإيجابي بالحياة والناس ، وقيمة الانسان ، وبأهمية للمشاركة الانسانية لتحقيق هذه النشوة .

التكيف : ويصبح معناه التلاؤم مع الجنس البشرى كله فى المكان والزمان ، فلا يقتصر على المجال القريب للمتصلين بالفرد ، ولكنه يتم فى هذا المجال كخطوة أولى نحو مجال أشمل ، وكثيرا ما يضطرب هذا المقياس مع سابقه ، ولكن الصحيح التوازن نفسياً فعلاً هو الذى يملك القدرة على إعادة تنظيم نفسه ويثبتته القريبة بحيث تتفق مع قدرات خلقه وتحقق سعادته التى ينشدها فى وسط الناس وبهم ، وإلا فإنه بقياس الصحة النفسية يصبح توازنه ناقصاً ، ويبدو أنه لا بد أن يملك الفرد القدرة على قبول تنازلات مرحلية دون أن تمس توازنه الأصل أو قدرته على العمل الخلاق ، بل تساعد على استمراره وتوازنه على المدى الطويل .

الفرض الخامس :

إن الانسان إذ ينتقل من مستوى أدنى للصحة النفسية إلى مستوى أعلى (للألباب التى ذكرتها ص ٢٠٣) تظهر عليه أعراض غير عادية قبل أن يستعيد توازنه على المستوى الأعلى ، وينبئ ألا نساوى بين هذه الأعراض وأعراض التدهور المرضى ، بل يستحسن ألا نطلق عليها اسم المرض أصلاً ، وأقترح اسماً جديداً لهذه المرحلة من قعد التوازن هو «أزمة تطور» *Evolutionary Crisis* ، فيقتصر اسم المرض على فشل هذه الأزمة فى أن تحقق أغراضها التطورية ،

إذ تستمر الأزمة بدرجة معجزة أو تنهار القوى المتطورة فيظهر المرض في صورته شبه المستقرة يحقق التوازن ولكن في مستوى أدنى من الحياة ، لأن التوازن المرضي قد يتم بديلا عن المستوى الأعلى للصحة ويكون مقابلا لهذا المستوى الأعلى ، وكأنه يحقق نفس الهدف ولكن بطريقة محطمة تخدم التدهور لا التطور . (شكل ٢) .

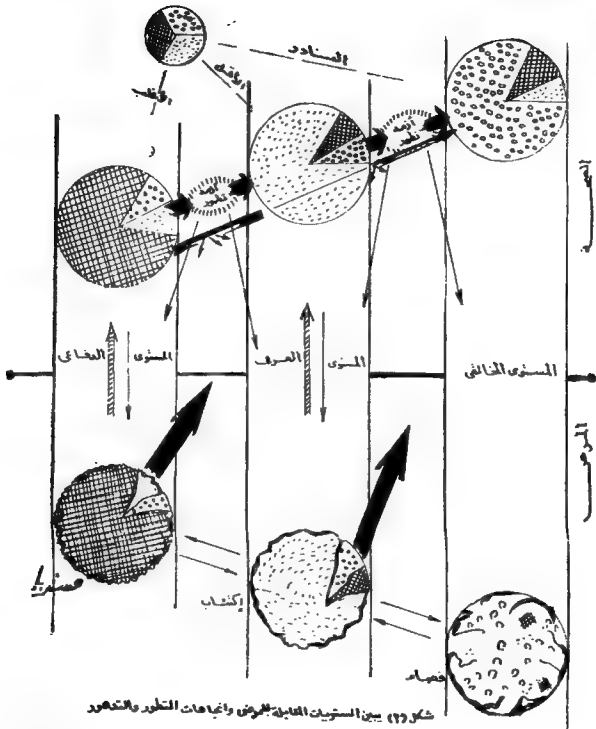
على أن هناك احتمالا آخر وهو أن ترند هذه الأزمة إلى المستوى السابق للصحة النفسية ، أو أدنى منه ، وإن بدا مشابها له من الظاهر ، لأن هذه القروق البسيطة لا تظهر إلا بالمقاييس الانسانية الدقيقة وليس بمجرد اختفاء الأزمة .

المرض السادس :

يمكن تقسيم الأمراض النفسية (شكل ٢) - فيما هو ليس أزمة تطور - إلى مستويات مقابلة لمستويات الصحة . هي مستويات التدهور حين يفشل التطور .

فوضع الأمراض العصائية التي تستخدم فيها الوسائل الدفاعية بدرجة معجزة تزيد من المي النفسى حتى تسمى أعراضا ، توضع هذه الأمراض في المستوى المقابل للمستوى الدفاعى للصحة ، ونستعمل هنا الوسائل الدفاعية لتجنب الألم أيضا ، ولكنها تزيد إلى درجة مرضية تخطى احتمال رؤية أعرق أو أصدق ، فإن المي النفسى هنا يكون دفاعا ضد التهديد بدرجة أكبر من الرؤية ، والأمثلة في هذا المستوى كثيرة زجا أشهرها الهستيريا .

وتوضع الأمراض التي تتخذ فيها المعرفة بلافاعلية ولا بناء ، في المستوى المقابل للمستوى المعرفى للصحة ، وهنا تزيد الرؤية أيضاً ولكنها لا تخضع للتوازن ،



شكل (٢٦) بين المستويات المتغيرة للبروتين وانخفاضات التطور والتدهور



پستری پدفاعی

لیکچرہ پمپری

المسرح الخالص

اَلْحَمْدُ لِلّٰهِ

تجاه المخرج
المسكين

→

اتجاه المرحوم

ويزيد الألم ولكنه يقتصر على التمييز والتعويق ، ويقضى على المدوء والرضا ،
وتختل العلاقة بالآخرين وتقلد الحياة معناها الخالي بلا بديل أرق ، والأمثلة في هذا
المستوى هي : مرض الاكتئاب بدرجاته ومرض القلق .

وأخيرا فإن الأمراض التي تقابل المستوى الخاطئ للصحة هي أمراض تحقق
الخلق ولكن على مستوى مرضى لا يتقدم التطور ، بل هو نهاية التدهور ، صحيح
أنه خلق مبتكر ليس ككله شيء ، ولكنه خلق في عالم الخيال والأوهام بلا هدف
بناء ولا تناسق متكامل ولا قدرة على التنبير ، وهو محاولة لتحقيق فكرة
الأهداف بأقصى الوسائل تحطيا ، والتوازن الذي يتم به يبدو على ظاهره الاستقرار
ولكنه استقرار في قاع الانسحاب والافترادية والنكوص فمرض القصور هو
الخلق المرضى التدهور .

المرض السابع :

إن العلاج إذن يتطلب أن يتحدد ما إذا كانت الأعراض الموجودة تدل على
« أزمة تطور » أم هي علامات تدهور ، وهذه خطوة مبدئية وأساسية حتى لا يكون
الخلط بين المرض والتوردة أو بين الخلق والجنون ، فإذا كانت الحالة أزمة تطور
فإن علاجها يتوقف على تحديد أين تقع هذه الأزمة بين مستويات الصحة المتتالية ،
وعلى قدر فهمنا مستوى المرحلة السابقة من الصحة وأسباب فشلها
أو رفضها ، وعلى قدر تقييمنا لقوة الفرد التطورية (وراثيا وشخصيا) وعلى قدر
حساباتنا للامكانيات المتاحة في بيئة الفرد لاطلاق قدراته في ذلك الوقت من
حياته ... على قدر نجاحنا في تحديد نوع الأزمة ، وبالتالي مسيرة التطور
والمستوى الأنسب لمساعدة الفرد للوصول إليه حتى ولو كان المستوى الأدنى ،
ولو مرحليا .

أما إذا كانت الأعراض قد استقرت على مستوى معين من التدهور - ويحدد هذا أساساً في المستوى المرضى الأول والثالث (الدفاعى والخلاتى : شكل ٢) - فإن وظيفة العلاج قد تكون إثارة أزمة التطور تحت ظروف أفضل ، أو على الأقل تسكين الأعراض والعودة إلى مستوى مناسب - وإن كان أدنى - من الصحة حسب الحسابات السابقة .

أما في المستوى العرفى فإنه من الصعب تصور الاكتئاب أو القلق نهاية مرحلة ما ، منها أزمى ؛ لأن هناك دائماً احتمال الانتقال من المرفة إلى البصيرة ، ومن ثم فإن العلاج في هذا المستوى يكون أقرب إلى المعاونة نحو تمام التطور ، لا مجرد التسكين .

وحين أقول العلاج أعنى تضافر كل أنواع العلاج المروقة كيميائياً وكهربائياً ونفسياً وبيئياً مما لن أتأوله في هذا البحث مرحلياً ، إذ يحتاج إلى تفصيل مستفيض .

* * *

وبهذا تكون قد انتهت القروض الأساسية .

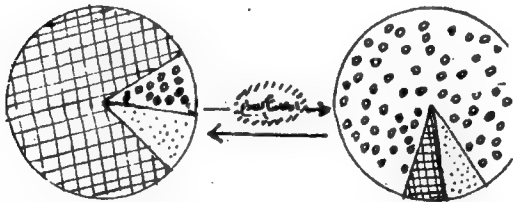
* * *

الحل الوسط :

على أنه لا يمكن تصور مستويات الصحة محددة ومنفصلة عن بعضها البعض هكذا بالقلم والمسطرة ، فإن أى تناسب من الوسائل الثلاث قد يتم بنسب متفاوتة ويحقق التوازن عند الفرد حسب ظروف تطوره ، وكما ذكرت فإن هذه الصورة التى قدمتها عن المستويات المختلفة هى الصورة الكاملة - نظرياً - لكل مرحلة ، أما في الواقع فإننا نجد درجات متنوعة من الخلط بين المستويات ، وإنما يتحدد نوع الصحة بنوع الوسائل التوازنية التالية في كل وقت .
وهناك وضع متوسط آخر وإن كان غير مستقر أو متوازن بصفة دائمة ، إلا أنه

قد يستمر لفترة طويلة حتى نحسبه حلا وسطا ، وهو أن يظل الفرد لمدة طويلة متذبذبا بين مستويين أو أكثر ، ترجح كفة هذا مرة ، وترجح كفة ذاك مرة ، أو يظل في أزمة تطور تستمر عدة سنوات وهذا ما يفسر ما أشار إليه ياسبرز من أن « الحالة الحادة » يمكن أن تستمر سنوات ، إلا أنها لا يمكن أن تدوم إلى الأبد فهي حالة قلق مزعجة ، فإما أن ينطلق منها الانسان إلى المستوى الأعلى ويستقر ، أو أن يرجع إلى المستوى الأدنى أو أقل ، أو يلجأ إلى الحل الرضى بالتهود .

كما أن هناك حلا ثالثا وهو أن يكون المستوى الأغلب للصحة هو أحد المستويات الأدنى ، ولكن الفرد يمارس نوعية المستوى الأعلى على فترات محددة ، وكأنه يفرغ شحنتها بإطلاقها وإتاحة الفرصة لتقبلها ثم يعود للمستوى الأصلى العام للتوازن ، وأكثر ما نشاهد هذا التناوب عند بعض الفنانين والبدعين بصفة عامة الذين تنطلق قدراتهم الخارقة أثناء عملية الإبداع فقط (شكل ٣) فيعيشون



كل ٣) . يبين الانتقال من المستوى الدفاعي إلى المستوى الخلاق لفترة محدودة .

• لاحظ أن إحصاءات الإبداع المؤقتة تقابل أزمة التطور .

• لاحظ أن المستوى الأدنى قد لا يستطيع أن يحقق التوازن رغم كونه

نوعية الصحة على المستوى الخلقى حينذاك ، ثم يعودون إلى المستوى الأصلى لتوازن الذى قد يكون المستوى العرفى أو الدعاى أو خليطا منها معا ، وتكون الأعراض السابقة مباشرة لعملية الابداع هى أشبه ما تكون بأزمة تطور ولكن الفرق أنها تم لفترة محدودة أثناء عملية الابداع ، فى حين أنها تطول إلى شهور أو سنوات فى التطور القردى الذى قدمناه ، وباتهاء عملية الإبداع مؤقتا يصود التوازن على المستوى السابق العام ، وهذا قد يفسر اختلاف أحاسيس ونوعية الفنان أثناء الابداع عن حالته بصفة عامة ، إذن فالابداع الفنى ليس دائما مرادفا للتوازن على المستوى الخلقى كما سبق أن ذكرنا وإنما هو بهذه الصورة حل وسط متناوب بين مستويين للصحة النفسية، وهذا هو الفرق الذى أوعمناه بين أن يكون الفن بديلا عن الحياة أو أن يكون الفن هو الحياة ، وتناجها بعض صوره ، فى الحالة الأولى يمارس الانسان الفن كحل وسط يطلق به قدراته الفنية على فترات حتى لاتتجه اتجاها تعطيما ، وفى الحالة الثانية تصبح الحياة ذاتها فنا وتناجها الطبيعى هو الفن بصفة شبه دائمة .

على أن ذلك لايعنى التقليل من أهمية الانتاج الفنى مهما كان مستوى الصحة النفسية للفنان عامة ، فإن نتاج الفن الأصيل يتفصل عن حياة الفنان وذاته ويصبح من أهم التأثيرات والقومات التى توقف القدرات والوسائل الخلاقة عند المستتح الذى يسعى بدوره إلى تحقيق مستوى أفضل - نتيجة لهذه الإثارة - من الصحة النفسية ، وهذه هى قيمة الفن فى الحياة .

وقد يحتاج كل ذلك إلى تطبيق وتحقيق - مثل سائر الفروض - إلا أنى أوضحت كافة الاحتمالات حتى تكون الحلول الوسيطة واضحة وجاهزة للتطبيق كمفروض مكتلة .

صحة الطفل والراحم أثناء النمو :

إذا كانت مستويات الصحة التى قدمتها هى المستويات التى يمر بها

الشخص الراشد ، وقد ينتقل من أحدها إلى الآخر في الظروف التي أشرت إليها ، فكيف يحقق الطفل والمراهق التوازن والتلاؤم . . وما هو نوع صحته ؟

إذا وجئنا إلى تعريف الصحة بأنها توازن القوى النفسية للحصول على التوافق الداخلي والتلاؤم الخارجي في وقت معين ، وتذكرنا أن القرض الأول يقول أن الطفل يولد على استعداد أن تعمل الوسائل المختلفة بنفس الدرجة للحصول على التوازن حتى تغلب إحداها على الأخرى في مرحلة الرشد ؛ فإننا نستنتج أن الصحة في أطوار النمو السابقة تعتمد على مدى عمل هذه القوى مجتمعة بدرجات متفاوتة ومتناوبة وكأن التوازن إذ ذاك يكون أقرب ما يسكون إلى الحلول الوسط التي أشرنا إليها حيث لا تغلب إحدى الوسائل على الأخرى بشكل ثابت قبل مرحلة النضج .

أما مظاهر المرض عند الأطفال فهي تحدث إذا تخلخلت سرعة النضج في غير تناسب مع إمكانيات التوازن . . فإنه لو أهملت ملكات الطفل الخلاقة لحساب نمو الوسائل الدفاعية فربما نشأت الأعراض في شكل الإنكار المستمر والحرب الكامل من كل مواجهة للواقع ، مثال ذلك أعراض المستيريا أو الأمراض العصائية الأخرى التي تبالغ في استعمال الوسائل الدفاعية حلاً للقلق.

كما أنه لو أطلقنا - في التربية - الفرصة لتنمية القدرات المعرفية على حساب الوسائل الأخرى فإن الطفل قد يهمل قدرات الخلق مبكراً ، أو قد يصاب بأعراض القلق أو الاكتئاب ، والأخير أقل احتمالاً في الأطفال .

وأخيراً فإنه لو طغت قوى الخلق التطورية دون إمكانيات تعبيرية مناسبة ودون دفاع كاف عن ذات الطفل الضعيفة - إذ لم تتشكل بعد بالصلافة الكافية - لاقلب الخلق مرضاً تدهورياً مثل القضم أو هو القضم ذاته .

إذا فصحة الطفل تعتمد على تناسب القوى الثلاث المستمر ونموها التدريجي حتى ترجح كفة إحداها على الأخرى في سن الرشد .

أما كيفية قياسها فهذا أمر نسبي إذ تختلف معاني مقاييس الصحة (التكيف والعمل والرضا) باختلاف مراحل النمو ، ولعل وصف إريك إريكسون Erick Erickson لمراحل النمو - رغم اختلافنا مع تفسيراته - هو أقرب ما يتصل بهذا التنوع في قدرات التوازن على مختلف المراحل .

فالمعمل : قد يعني عند الطفل أو المراهق إطلاق الطاقة أو اللعب أو الاستذكار أو تدريب ملكاته الخلاقة أو كل ذلك معا ، حسب مرحلة تطوره .

والرضا : قد يعني تجنب الألم أو قبول الذات أو نشوة الابداع والخلق أو كل ذلك أيضا .

والتكيف : قد يعني التشكل مع البيئة والمجتمع أو قبوله أو تغييره .. وعادة ما يتم ذلك معا .

إلا أنه ينبغي الإشارة أن الفروض التي قدمناها لا تؤكد أن المستويات الأدنى سابقة للمستويات الأعلى ، فهي لا تشير إلى أن الطفل يلجأ للدفاع أكثر من الخلق ، بل بالعكس فإنها تشير إلى أن الوسائل كلها تتقارب في أول الأمر ، ولا ترجح الأدنى أو الأعلى إلا بمرور الزمن ، وحسب ظروف المجتمع والإمكانات المتاحة ، فتكن بعضها وترجح الأخرى ، ثم تثار الوسائل السكائمة في أزمنة التطور حسب ما ينشأ .

تطبيقات مختارة :

لقد عمدت من أول الأمر وأنا أقدم هذا المفهوم ألا تكون وظيفته مجرد بحث نظري لمشكلة تعريف الصحة النفسية ، ولكن كان الهدف أن تمكن من استعمال مقاييس معينة ومحددة تقيس بها مستوى الصحة ، وأن يتقدم هذا التقسيم فهم بعض الظواهر النفسية المرضية والصحية على السواء ، وأن يساهم في تقسيم الأمراض النفسية ودرجاتها وكذلك اتجاهات العلاج والتخطيط له ، وأن يتيح فرصة أكبر للدراسات المقارنة ويلقي ضوءا هادفا على وسائل التربية .

وأقدم هنا بعض ما أتصوره من هذه التطبيقات - بالإضافة إلى ما أشرت له في مواقع متفرقة من هذا البحث - مدركاً تماماً أن هذه مجرد رسوم موضوعات لإثارة التفكير في فاعلية هذه الفروض وجعلوها .

وأوجز فيما يلي بعض هذه التطبيقات المحتملة وإن كان فيها بعض التكرار :

١ - في الدراسات المقارنة لتقييم الصحة والمرض يمكن أن يكون تحديد مستوى الصحة قبل الدراسة المقارنة عاملاً أساسياً في عدم الخلط ، بمعنى أنه لا يمكن مقارنة مظاهر الصحة عند المستوى الدفاعي مع مظاهرها عند المستوى الخلفي مثلاً ، وإما ينبغي أن تكون المعاني واحدة وعلى نفس المستوى لتكون المقارنة علمية ، ولا تخفى أهمية ذلك في تقييم الصحة النفسية في فترات التحول التي تمر بها الدول النامية ، فمن البديهي أن نوع الصحة الغالب في المجتمع الزراعي غيره في المجتمع الصناعي ، والحديث عن التفضيل بينها حديث لا مجال له أساساً ، إذ أن وجود الأعراض بشكل زائد في فترات التحول قد يكون علامة تطور للمجتمع ذاته وليس تدهوراً للصحة .

٢ - إن التفرقة بين « أزمة التطور » وبين المرض الذي يقتصر على الهزيمة أمام قوى التدهور ، خليقة بأن توجه العلاج توجيهاً أساسياً منذ البداية (الفرض السابق) إذ يتيح لنا الفرض تقييم بعض الأعراض التي كانت تتمتع بمضاعفات لبعض العلاجات الكيميائية قديماً جديداً ، إذ أنها يمكن أن تكون علامة صحة على طريق العودة إلى الأزمة السابقة على التدهور ، وهذا بالفهم الديناميكي لعمل الكيمياء ، فإن ظهور الاكتئاب مثلاً في مرض القصور أثناء العلاج يمكن النظر إليه على أنه تقدم وليس مضاعفة ؛ حيث أن الاكتئاب من صفة الأزمة السابقة ، وبذلك نستدل بوجود الأعراض الإيجابية في فهم وتطوير العلاج لتجنب الاستسلام للاستقرار المرضي السلبي ، والذي يتيح لنا كل هذا التنتـبـل بين

الستويات ، ومواجهة الأزمات الخطيرة بأمان نسبي هو التقدم في استعمال المفاهيم النوعية الحديثة ، حيث تزيد قدرة التحكم في مسيرة التطور . . وبديهي أن كل ذلك هو موضوع التطبيقات الاكليفيسكية الجارية فعلا .

٣- إن بعض العلاجات التي يئلب عليها مفاهيم التحليل النفسي (وخاصة التقليدي منها) قد تقتصر على المستوى المعرفي للصحة النفسية ، ورغم أنهم يطلقون على هذه المعرفة معنى البصيرة إلا أنه إذا اقتصررت رؤية الانسان على تفسير سلوكه بالبول الريزية الجنسية (صريحة أو متسامية) ، فان ذلك لا يتعدى حدود المعرفة التي انتقلت من عقل صاحب النظرية أو معتقها الى المريض ؛ مهما صاحب هذه المعرفة من تفرغ انفعالي وطرح ومقاومة ، إذ لا يمكن للتحليل النفسي أن يخدم بطريقة مباشرة وفاعلة قضية التطور على المستوى الفردي وهو ينكرها إنكارا صريحا إذ يقصر مسار التطور الانساني على نجاح خليق التناسل في الاندماج ، ولا يفرق بالنسبة للتطور بين إنسان وحيوان ، أما عن القول بأن التحليل هو إطلاق القدرات فإن الذي يحدد أبعاد « النظرية » ليس فقط مفاهيمها النظرية وانما تفاصيل أبعادها ، إذ أنه لا يمكن إطلاق قدرات لا وجود لها من وجهة نظرهم حيث القدرات التطورية للفرد ليست ذات بال في نظر فرويد ، وما الثقافة والفن عنده إلا تسامي بالريزية الجنسية ، على أن النتائج التي يصل إليها بعض الرضى والتي تنطلق فيها القدرات التطورية فعلا بما يتخطى حدود النظرية ذاتها إنما تدل على أن الانسان إذ يتحرر يتعدى الحدود ، وأولها حدود الفهم الأدنى لطبيعته ، وكأن مثل هذا المريض يشفي « بالرغم من العلاج وليس بسببه » أو كأنه يستعمل العلاج بطريقته الخاصة لمجرد أنه إنسان متطور أساسا .

على أنى لا أؤم فرويد بالذات رغم ما ترك لنا من موقوفات ، فقد كان دائم الاعتذار في تواضع العلماء ، وذكا . أصحاب الغرض - عن تصوره ، فهو الذي

يختم كتابه الذى تناول فيه مشكلة الموت والتطور « مافوق مبدأ الذة » مستشهدا بقول الحريرى فى مقامته الثالثة : « فليس على أهرج من حرج »

٤ - إن تقارب هذه الوسائل التوازنية منذ الولادة يعطى تفسيراً لوجود ملكات الخلق عند الطفل أكثر من الناضج ، كما أن ترجيح القوى الدفاعية على القوى الخلاقية للحصول على التوازن بالطريقة الدفاعية عند أغلب الراشدين يفسر ككون هذه القوى الخلاقية عند معظم الناس فى سن الفروع وبعده .

• - ينبغى - بناء على ذلك - أن تتجه الأساليب التربوية فى عصرنا الحاضر إلى عدم ترجيح مستوى من الصحة أدنى على حساب قدرات الإنسان التطورية ، لذلك كانت محاولة تنمية الفكر الخلاق والملكات الإبداعية هى من أم محاولات تطوير الإنسان ، لأنه إذا تحقق التوازن مباشرة وبطريقة آمنة وهادئة ومخططة بتنمية قدرات الخلق أساساً فإن هذا خلق أن يعنى الفرد - وخاصة ذا الطاقة التطورية القوية - من مشا كل تطورية تفرض حياته فيما بعد ، حين يحاول فى تطوره الفردى أن يرفض المستويات الأدنى التى فرضت عليه قسراً ، فيدخل فى أزمات تطور متلاحقة ، لا تلم مدى إمكانيات نجاحه فى الانطلاق منها إلى الخلق ، أو احتمال فشله ، ومن ثم التردى فى هوة المرض ، أو النكسة إلى مستوى أدنى ، وهذه الاحتمالات تكثر فى أقارب المرضى الذهانيين وأقارب المبدعين على السواء .

٦ - إن هذه الفروض قد تفسر العلاقة الوراثية والتشخيصية بين مختلف أنواع المرض النفسى الوظيفى (وخاصة ذهان الوظيفى) ، أى بين القسام وجنون المحوس والاكتئاب ، وكذلك بينها وبين الابداع والخلق ، فهى تشير إلى أن الوراثة قد لا ترتبط بوراثية مرض معين بقدر ما هى وراثية كم متفاوت

من قوة التطور الدافعة ، وكذلك اتجاهات معينة للتحكم في هذه القدرة وتوجيهها ، وعلى قدر التفاعل بين هاتين الصفتين من ناحية ، وبين الامكانيات المتاحة في المجتمع لتطور الفرد من ناحية أخرى ، يتوقف نوع المستوى من المرض أو من الانطلاق الخلاق .

وقد يفسر هذا الفرض وراثته القمام بوجه خاص حيث هو مرض خطير بيولوجيا ، وشائع في نفس الوقت ، فإن الفرض الذي أورده جوردن آلن Gorden Allen يشير إلى تفسير هذا التناقض بين « الشبوع » و « الخطورة البيولوجية » بأنه : « من المحتمل أن يكون المرض الشائع نتيجة لمورث له في الأساس مفعول حسن ، وما المرض إلاّ نتاج جانبي By-product لهذا المورث : بالصدفة ، ل مجرد سوء الحظ » ذلك الاحتمال يمكن النظر إليه من خلال هذا الفرض الذي قدمناه متغاقلين حكاية « سوء الحظ » مؤتمتا ، فإذا اعتبرنا أن المورث الخاص بالقمام هو مورث تطوري أساسا (القوة الدافعة التطورية) وأن مرض القمام هو النتاج الجانبي لهذا المورث ، لكان لزاما علينا أن نثبت هذا الفرض بأن نجد ميزات تطورية خاصة في أقارب القمامين ، وقد حاول بوك Book أن يجد ميزة بيولوجية عضوية في مجتمع في شمال السويد ينتشر فيه مرض القمام بنسبة أكثر من التعداد المادى (٣ /٠ بالمقارنة بالنسبة في التعداد المادى ٨ ر ٠ /٠) ووجد أنهم فعلا يتميزون بميزات عضوية لتقاوم الظروف الطبيعية المحيطة ولكنها كانت ميزات أغلبها جسمية . وهذا التفسير هو نفس تفسير مقاومة أقارب المصابين بالأنيميا الهلالية Sick cell anaemia للملاريا الخبيثة .

إلا أن هذا الفرض قد يتحقق أكثر إذا درسنا القوى الدافعة التطورية على أنها ميزة بيولوجية بالمعنى التطوري النفسى ، ودرسنا الوراثة في الشخصية شبه

القضامية وفي القصاص مما من نفس العائلة ، وما يحققه شبه القصاصى من ميزات
تحصيلية (معرفة أساساً) أو من ميزات إبداعية ، وما يحاول تحقيقه القصاصى
نفسه من ميزات فنية خالقة قبل أن ينهار تحت وطأة المرض ، أو بعد أن ينتصر
على أزمة المرض . هذه الدراسات سوف تفتح آفاقاً هائلة وسوف تتجاهل
موضوع الصدفة أو سوء الحظ في فرض آلن ، لأن علم تحسين النسل Eugenics
لن يقتصر على إتاحة أكبر الوسائل للأسياء لأنجاب نسل أفضل معتبرين أن كل
المرضى النفسيين من معوقات التطور ، وإنما سوف ينتشر إلى فهم قوة التطور
على طريق الارتقاء الفردى والتحكم فيها على حساب المرض ، موجهين هذه القوة
إلى الخلق والإبداع ، واضعين في الاعتبار بالنسبة لتطور النوع حقيقة انتقال
الصفات المكتسبة بالوراثة ، وبذلك نحقق آمال جالتون في علم تحسين النسل
في « . . . أن تحمل محل الانتقاء الطبيعى وسائل أكثر راحة وليست أقل فاعلية »
ولكن المجال لذلك لن يكون بهذه النظرة الأوسع والأشمل .

وفي ذلك ما يحقق فرض سوف (مصطفى) في « أن يكون منشأ البقيرة
ومنشأ الجنون . . . واحداً » وينفى الارتباط السببى الذى افترضه كريتشمر
بين الجنون والبقيرة لأن الجنون بهذا المفهوم يصبح هوة التدهور في حين أن
الخلق يمثل قمة التطور (شكل ٢)

٧ — وإذا كان الخلق فيه « إرادة ودافع وإطار ومجال » (سوف) فلا بأس
من تصور أن في الجنون (القصاص) « إرادة ودافعاً وإطاراً ومجالاً » وهذا
ما افترضه برنارد شولمان وأثبتته في تطبيقاته من أن القصاص « ليس مجرد رد فعل
وإنما هو فعل وقرار واختيار » ، وبالتالي تصبح الإيجابية في احترام الانسان
المرضى والسليم هي الطريق إلى التطور والعلاج معا ، ومن ثم هي الصيغة

الأساسية في ممارسة الطب النفسي، لأنه إذا كان المرض اختيارا في ظروف معينة تكون الصحة اختيارا حين تهيأ لها الظروف المناسبة، فإذا عجزنا عن إتاحة فرصة تحقيق المستوى الخالق للصحة النفسية أمام أزمة تطور فإننا بذلك ندفع بالإنسان التائر إلى المستوى المرضي المقابل أو المستوى الصحي الأدنى، وقد كان وسيكون للتقدم السيكو فارما كولوجي أعظم التأثير في التحكم في مسار هذه القوى .

٨ - إن دراسة الحيوان منها قنفت ، لا يمكن أن تعمم أو تنطبق على الانسان ، وخاصة بالنسبة للذهان الوظيفي ، حيث أن مشكلة الانسان فيما يتعلق بالذهان الوظيفي مشكلة تطورية في مرحلة لم يصل إليها الحيوان ، لذلك تصبح المقارنة مستحيلة ، ويصبح توقع الذهان الوظيفي من نوع القصاص أو جنون الهوس والاكتئاب في الحيوان مستحيلا ، وهذا ما أقره ياسبرز من أن أحدا لم يصف القصاص أو جنون الهوس والاكتئاب في الحيوان لأنها أمراض خاصة بالانسان تماما .

* * *

الخلاصة :

١ - إن الانسان كائن متطور كفرد ، كما أنه متطور كنوع ، وصحته النفسية تتوقف على توازن القوى المسئولة عن التوافق والتلاؤم التي تختلف أثناء مراحل النمو ، كما تختلف من فرد لفرد ومن مجتمع لمجتمع . ويمكن وضع الصحة النفسية للراشد في مستويات تصاعدية تبعا للقوى الثالبة المستخدمة للحفاظ على التوازن ، وهذه المستويات هي المستوى الدفائي (أو العي النفسي المريح) والمستوى المرفي (أو الرؤية الراضية) والمستوى الخالق (أو الحياة المتطورة) .

٢ - إن الانسان أثناء تطوره القردى يستقر بعد أزمة البلوغ فى مستوى معين من الصحة ، فإذا ما فشل هذا المستوى أو ثارت قوة تطور القرد - وعادة ما يحدث الاثنان مما أو يثير أحدهما الآخر - فإنه قد يحاول أن ينتقل إلى مستوى أعلى ، فهكون «أزمة التطور» التى إما أن تنجح فيبقى ، أو تفشل فيقع سريعا للرض ، وأن الأفراد يختلف بعضهم عن بعض من حيث كم ومشاكل هذه القوى التطورية (الوراثة) كما تختلف فرصهم من حيث أهداف هذه القوى ومسارها (البيئة) وأن الأمراض : العلاج والوقاية يمكن أن قسم وتحدد تبعا لتطبيقات هذا القرض .

آفاق جديدة :

وقد حاولت منذ ثلاث سنوات أن أضلع هذه القروض محل اختبار ، وكانت النتائج الأولية مشجعة ، إلا أنها فتحت آفاقا أوسع فى القهم التطورى للأمراض النفسية ، وخاصة بادرخال عامل العلاجات العضوية والفيزيائية مع العلاج النفسى والبيئى فى كل تطورى مناسق مما جعلنى أحجم عن تقسيم الأمراض النفسية على تلك المستويات المقترحة فى هذا البحث حيث وجدت أن أقل مما يبقى فهم مجاميع الأمراض وفهم تطور الانسان القردى والنوعى بالتفصيل

وقد كانت هذه الآفاق الجديدة التى مهدت لقروض أكثر تفصيلا بالنسبة للرض النفسى وعلاجه ، هى أم ما نتج عن التطبيق البدئى للقروض التى وردت فى هذا البحث .

ولكنى اتقنت - رغم الصعوبات المنهجية التى لم أتغلب عليها جد - أنه ينبغى تقديم المادة الإكلينيكية والمشاهدات أولا قبل الإقدام على عرض نظرية تطويرية متكاملة لتقسيم الأمراض النفسية وأسبابها وعلاجها ولكن

ذلك قد يحتاج إلى وقت ليس بقصير ، وقد لا يتحقق بفرد أو عدة أفراد في المدى القريب ، وهنا قد يصبح تقديم القرض حتى قبل تحقيقه ضرورة حتمية لا مفر منها .

وكل ما أرجوه أخيرا أن يكون هذا القرض الذي قدمته خصبا حتى ولو لم يكن صحيحا مصداقا لما قال حسين (محمد كامل) « .. وأقول القروض الخسبة وليست القروض الصحيحة وإنما تقدر القروض العلمية على قدر خصوبتها وأعني بذلك قدرتها على فتح آفاق جديدة من البحث ، وعلى الإبحاء بتجارب جديدة توحى بدورها فروضا خصبة أخرى حتى تتجلى الحقيقة . . »

* * *

شكر :

لم يكن ليخرج هذا الرأي في هذه الصورة دون مناقشات مستمرة أدت إلى تعديله عدة مرات ؛ وإلى أحسن بذلك أنه ليس خاصا بي تماما ؛ لذلك فإنني أقدم شيئا من الدين على إذ أشكر الدكتور الأصدقاء د. بيار برينقي ؛ ود. محمد شعلان ؛ ود. عمر شاهين ؛ ود. صلاح الدين إبراهيم ؛ والسيدة سعاد أبو العزم ؛ وذ. زينب سرحان والسيدة ليلى حلمي ؛ والسيدة فوزية داود ، والآلة يسرية أمين.

مراجع الملحق

REFERENCES

- 1 — Allen G. : Genetic Aspects of Mental Disorders, reprinted from : The Nature and Transmission of the Genetic and Cultural Characteristics of Human Population. Proceedings of the 1956 Annual Conference pp. 112-121. Milbank Memorial Fund, 40 Wall Street, N.Y. 5.
- 2 — Arasteh A.R. : Psychocultural Analysis and three Concepts of Mental Health. *Confina Psychiatrica* Vol. 9, No. 1, 1966.
- 3 — Blatt, J. : An Attempt to Define Mental Health, *Journal of Consulting Psychology*, Vol. 28, No. 2, 1964.
- 4 — Böök, J.A. : A Genetic and Neuropsychiatric Investigation of a North Swedish Population. *Acta Genet.* 4, 1-233 (1953). After Mayer Gross W., Slater E. and Ruth M. "Clinical Psychiatry,," Cassel and Company Ltd., London, 1960.
- 5 — Brunetti P.M. : Contribution au Concept Ecologique de la Santé Mentale. *Social psychiatry* Ed. N. Petrilo-witsch and Flegel. Topical Problems in Psychiatry and Neurology, Vol. 8, Karger Basel, New York, 1969.
- 6 — Clegg, E.J. : The Study of Man. The English Universities Press Ltd., London, EC. 4, 1969.
- 7 — Dobzhansky T. and Allen G. : Does Natural Selection Continue to Operate in Modern Mankind : From the Smithsonian report for 1958, pp. 359-374. Publication 4362, Smithsonian Institute, Washington, 1959.
8. — Erickson E.H. : Growth and Crisis of the Healthy Personality. in "Personality" in Nature Society and Culture. Ed. by Clyde Kluchhonn and Henry A. Murray. New York, Alfred A. Knoff, 1965.
- 9 — Fuller J.L. : The Genetic Base Pathway Between Gene and Behaviourial Characteristis. A paper in the

- Nature and Transmission of the Genetic and Cultural Characteristics of Human Population, p. 101. N.Y., bank Memorial Fund, 1957.
- 10 — Gillis, L.S. : Who is Mentally Healthy, South Africa Medical Journal, Vol. 35, No. 8, Deel, 35, Cape Town (Feb.) 1961.
 - 11 — Jahoda, Marie : Current Concepts of Positive Mental Health : Basic Books, N.Y., 1958.
 - 12 — Jaspers K. : General Psychopathology. Translated by Hoenig J. and Hamilton Marian W. Manchester University Press, 1962.
 - 13 — Kretschmer, E. : The Psychology of the Men of Genius, translated by R.R. Cattell, London, Kegan Paul. 1933.
 - 14 — Lambo, T.A. : The Concept and Practice of Mental Health in African Cultures. East African Medical Journal, Vol. 37, No. 6, 1960.
 - 15 — Lemkau P.V. : Mental Hygiene in Public Health, McGraw-Hill Book Company Inc., New York, 1955.
 - 16 — Maslow A.H. : Motivation and Personality, New York, Harper Harper, 1954.
 - 17 — Meninger C., Mayman M., Pruyser, P. : Mental Illness Vital Balance or Myth. quoted from Bulletin of the Meninger Clinic, Vol. 28, pp. 145-53, 1964.
 - 18 — Rakhawy, Y., Shaheen O. and Soliman R. . Sick Absence as an Index of Mental Health in an Industrial Society in U.A.R. The Egyptian Journal of Mental Health, Vol. 12, No. 7, (Annual No.) 1971.
 - 19 — Ruth Benedict : Patterns of Culture, Boston, Houghton Mifflin, 1934.
 - 20 — Rawnsly K. and Laudon J.B. : Factors Influencing the Referral of Patients to Psychiatrists by General Practitioners. Brit. Journal of Preventive and Social Medicine, Vol. 16, No. 4, Oct. 1962.

- 21 — Shulman H.B. : **Essays in Schizophrenia**. William and Wilkins Co., Baltimore, 1968.
- 22 — Tucker D.K. and Harding le Riche W. : **Mental Health. The Search for a Definition**. Canad. Med. Assoc. J., Vol. 90, 1964.
- 23 — Wegrocki H.J. : **Critique of Cultural and Statistical Concepts of Abnormality in Personality in Nature, Society and Culture**. Ed. by Clyde Clushhorn, Henry A. Murray and D. Schnider, New York, Alfred A. Knoff, 1965.
- 24 — Whithead, A.N. : **The Function of Reason**. (Paper back Edition), Boston Beacon Press, 1958.

- ٢٥ — إبراهيم (زكريا) مشكلة الإنسان : مكتبة مصر : القاهرة .
- ٢٦ — حسين (محمد كامل) منوعات : « البحث العلمى » مكتبة النهضة المصرية . القاهرة .
- ٢٧ — سويف (مصطفى) الأحمس النفسية للإبداع الفنى (فى الشعر خاصة) القاهرة دار المعارف ١٩٥٩ .
- ٢٨ — سويف (مصطفى) تنمية الفكر الخلاق : المجلة يناير ١٩٦٧ : (٤٦ - ٢٥)
- ٢٩ — فرويد (سيجمون) ما فوق مبدأ اللذة - ترجمة امحق رمزى - دار المعارف بمصر ١٩٦٦ .

محتويات الكتاب

الصفحة

مقدمة ٧

الفصل الاول .

جيرة بين الصحة والمرض ١٥

من هو السليم ومن المريض نفسيا — للرض السرى المشروع —
بين ثورة الشباب . . وتعقل الأطباء — حين تصبح الاهتدازة
نبضة — المريض مقياس نفسه .. ولكن — القضية — لست
من العلماء — توارد الحواطر — حقائق أساسية — الرؤية ومداهها
— كلهم أصحاء — معاني الألفاظ .

الفصل الثاني ،

الوشم بالتشخيص ٤٧

الحالات البين بين — أنا عندي إيه يادكتور ؟ — الهاكة —
سد الطب النفسى — الطرق المساعدة والبديلة — فى الخارج —
الأسلوبية فى التشخيص — محاولة محليّة — مشاكل عملية .

الفصل الثالث :

البحث العلمى ٦٥

الأمانة — صعوبات خاصة بالطب النفسى — الصدفة والإثبات —
البحث العلمى فى الممارسة الإكلينيكية — للعمل الشرطى —
الحيوآن والإنسان — الألفاظ والشعر .

صفحة

الفصل الرابع :

- ٨٩ في التعليم الطبي
الطب من الكتاب — الطب والفلسفة — الطب والفن —
التعديل من واقع الحال — تدريس الطبي النفسى — المصاحبة
للداية — أنا أمتحن فأنا موجود — صراع التطور .

الفصل الخامس :

- ١١٣ العلاج أولاً — .. والعلاج أخيراً
مصادر الخبرة — المريض استاذى — أنا مرتاح كده —
فرويد : فى أصالته وقصوره ، وشجاعته وخوفه — العلاج النفسى
— محاورة مع سارجنت — العلاج بالكهرباء — منفرج أم
مساهم إيجابى — اضطراب تكيف أم اضطراب كيان — وزارة
التطور — أنا حر — العمل — القسوة — اختيار المرض .

الفصل السادس :

- ١٦٣ ولادة فكرة
ملحق الكتاب :

مستويات الصحة النفسية على طريق التطور الفردى ١٨١

رقم الإيداع بدار الكتب ٣٤٠٧ سنة ١٩٧٢

مطبعة التقدم
٤٤ شارع المواردى
مطبعة : ٨٤١٤٤١

حيرة طبيب نفسي

نهاية وبداية

- هل يختار الطبيب النفسى ؟
- فيم . ، وكيف ، ولماذا ؟
- ما هى الصحة النفسية ؟
- إلى متى الوشم بالتشخيص ؟
- هل عندنا بحث علمى ؟
- ماذا عن التعليم الطبى ؟
- والعلاج : النفسى ، والكهربى ، والكيمائى ؟
- والطبيب النفسى : متفرج أو مساهم إيجابى ؟
- هل يتطور الفرد أثناء حياته ؟
- وهل تطوره مرض ؟ أم طفرة ؟
- وكيف تصبح الحياة فنا ؟



دار الغد للثقافة والنشر

القاهرة ٤٧ شارع الفلكى